№ 3—4 WRZESIEŃ-PAZDZIERNIK 1922 R. ROK XVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM.

Redaktor-Wydawca: Lekarz-dentysta **M. Krakowski.**

Prenumerata wobec wahania się cen druku i papieru nie może być ustalona.
Cena zeszytu podawana jest oddzielnie.
Prenumeratę przyjmują wszystkie składy dentystystyczne. Wyłączne zastępstwo na Stany Zjednoczone i Kanadę: Polish News Agency N.-York, Newark Ave 26, Jersey City.

Cena ogłoszeń jednorazowych: cała strona mk. 30.000; $^1/_2$ str. 15.000; $^1/_4$ str. 8.000
Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.
Cena ogłoszeń firm zagranicznych o 100% drożej.

Rękopisy (wszelkiej treści) powinny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysyłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do płatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwie jednak nazwisko autora i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

WARSZAWA

Redakcja i Administracja: **Rymarska № 8.**

Czcionkami drukarni „Książka", Tamka 46.

SKŁAD DENTYSTYCZNY

„DENTOS"

(HELENA SZEJNMANOWA)

WARSZAWA, MARSZAŁKOWSKA 125. TELEF. Nr. 99-78.



Poleca: wszelkie maszyny, narzędzia i materjały w zakresie kliniki i techniki dentystycznej.

ZAMÓWIENIA Z PROWINCJI ZAŁATWIANE SĄ POCZTÓWKAMI DOKŁADNIE I BEZZWŁOCZNIE.

ZŁOTO

do celów techniki dentystycznej.

CENY ŚCIŚLE RYNKOWE.

Adres dla listów: Warszawa, Marszałkowska 125.

Adres dla depesz: „DENTOS", Warszawa.

Rachunek przekazowy w Pocztowej Kasie Oszczędnościowej (dla wpłat miejscowych i prowincjonalnych) № 700.

№ 3—4 WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK 1922 R. ROK XVII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Zęby idjotów, chorych umysłowo, zbrodniarzy, prostytutek i karłów.

Napisał

PROF. HILARY WILGA.

WARSZAWA.

Moral, później zaś i wielu innych francuskich i niemieckich uczonych, a w ich liczbie szczególniej Magnan, na zasadzie licznych badań nad głuptasami i idjotami doszli do wniosku, że większa część takich osobników wykazuje w budowie ciała cały szereg wybitnych właściwości anatomicznych, które tak się uchylają od średnich norm, że w żaden sposób nie mogą być zaliczone do indywidualnych wahań. I tak, zauważono, że wyraźnie uwydatniona deformacja czaszki związana jest z tępością umysłu i idjotyzmem, i że. co zatem idzie, u niewątpliwych degenerantów istnieje pewien związek między zboczeniami anatomicznemi i funkcjami umysłowemi. Jednocześnie stwierdzono, że istnieje także osobna kategorja słabo zwyrodniałych z mało uwydatnionemi stygmatami fizycznemi; stygmaty te są tak nieznaczne, że zbliżają się do granic indywidualnych wahań w budowie ciała. Jeżeli dodamy do tego, że te ostatnie mało są zbadane, a że nie mamy całej skali tych wahań w granicach normy, to jasną stanie się trudność odgraniczenia fizycznych cech zwyrodnienia od indywidualnych rasowych, zawodowych i innych wahań w budowie organizmu ludzkiego.

Teorja Morala i jego uczniów wywołała zarzuty ze strony całego szeregu uczonych, którzy nie uznają cech zwyrodnienia, a uważają je za produkt warunków życia, odżywiania się, zawodu lub osobliwości rasy.

Turyński profesor psychiatrji i medycyny sądowej, Cesare Lombroso, już po ukazaniu się teorji zwyrodnienia położył swoją pracą „L'homo deliquente“ (1878 r.) podwaliny nowej gałęzi biologji — „antropologji kryminalnej“. Wysoce utalentowany uczony porwał swoją nauką wielu,

stworzył ze swoich uczniów i zwolenników specjalną szkołę, do której należeli: Marro, Ottolenghi, Rossi, Enrico, Terri i Curella.

Drogą spostrzeżeń nad żywemi zbrodniarzami, a także drogą badań ich zwłok po śmierci Lombroso doszedł do wniosku, że każdy zbrodniarz posiada cały szereg właściwości fizycznych, połączonych z pewnemi zboczeniami w sferze psychicznej. Te właśnie cechy fizyczne i połączone z niemi osobliwości psychiczne charakteryzują zbrodniarza jako specjalny typ antropologiczny rodzaju ludzkiego. Te cechy wskazują, że posiadacz ich musi się stać przestępcą, choćby nawet ukrytym, niezależnie zupełnie nawet od społecznych i indywidualnych warunków życia. Taki człowiek jest zbrodniarzem już od urodzenia; jest to, jak powiada Lombroso, „deliquente nato“. Nie przeczy on, iż wpływy społeczne, jak naprzykład, środowisko, pokusa i nędza mogą popchnąć danego osobnika do zbrodni; przyznaje najzupełniej, że istnieją przestępcy z namiętności, z przyzwyczajenia, albo też z przypadku. Lombroso chce tylko swoją hypotezą wyjaśnić, że istnieją ludzie z wrodzoną skłonnością do zbrodni.

Według teorji Lombrosa 40% więźniów należy uważać za odmianę typu ludzkiego, dającą się objaśnić atawizmem tak pod względem fizycznym, jak i pod względem psychicznym.

Według hypotezy Lombrosa przyczyna przestępstwa leży w indywidualności przestępcy, która w swoich głównych zarysach jest wrodzoną i dziedziczną.

Wszystkie osobliwości fizyczne i psychyczne, które Lombroso stwierdził u przestępców, razem wzięte, tworzą pewien ogólny typ urodzonego zbrodniarza.

W swoich pracach późniejszych, a szczególniej w pracv „Kobieta zbrodniarka i prostytutka“, Lombroso nazywa cechy antropologiczne przestępców cechami zwyrodnienia i zaciera wszelką wybitniejszą różnicę między zwyrodnieniem a skłonnością do zbrodni.

Wielu zwolenników teorji Lombrosa, uznających w zupełności ważność indywidualnych, fizycznych i psychicznych właściwości w usposobieniu do zbrodni, przypuszczało jednakże, że istotną przyczyną zbrodni są specjalne warunki. Zbrodniarz, według nich (Terri), jest to degenerant, który staje się przestępcą, gdy go popchną do tego warunki zewnętrzne.

Nauka Lombrosa o zbrodniarzu, jego teorja o atawizmie, porównania, przeprowadzone nad zbrodniarzem, epileptykiem i moralnie zboczonym, zjednały mu wielu przeciwników. Szczególnie zwalczali teorje Lombrosa francuski uczony, prof. Manouvrier i znany prawnik Tarde. Dowodzili oni, że zbrodniarz pod względem anatomicznym nie różni się zupełnie od człowieka uczciwego, i że zbrodniarz jest w ścisłym związku z współczesnemi warunkami życia.

Jednakże zjawisko tak złożone, jak zbrodnia, która jest wynikiem

wielu przyczyn, między innemi także dziedziczności i społecznych warunków, nie może być wytłumaczone ani tylko hypotezą Lombrosa, ani też tylko społecznemi warunkami bytu, jak to utrzymują jego przeciwnicy.

Pytanie o genezie zbrodni nie może w danej chwili być uważane za rozstrzygnięte. Rozwiązanie tego zagadnienia jest zadaniem antropopologji kryminalnej.

Anomalje zębów zajmują poczesne miejsce w rzędzie fizycznych cech zwyrodnienia i zbrodni, przytoczonych przez Morela, Lombrosa i innych. Ale, jeżeli wogóle trudne jest odgraniczenie mniej wybitnych cech zwyrodnienia od indywidualnych zmian któregokolwiek z organów ciała ludzkiego, to jest to jeszcze trudniejsze, jeżeli chodzi o zęby, gdyż tu wiemy jeszcze mniej o tem, co należy uważać za anomalje, a co trzeba położyć na karb rasowych, zawodowych, albo też indywidualnych rozmaitości. Zagadnienie to w stosunku do zębów uważać należy za mało zbadane. Wahania w wymiarach zębów, zaznaczone przez różnych autorów, oparte były nie na pomiarach, a jedynie na wrażeniach osobistych, dlatego też te wymiary, które przez jednych autorów uważane były za „duże“, przez innych mogłyby być uważane za „małe“. Takiego sposobu badania nie można nazwać naukowym. Przy oględzinach zębów w celu stwierdzenia tożsamości osoby, w celu zbadania właściwości zębów u danej rasy, płci, wieku i t. d., a także przy badaniach porównawczych jednostek zdrowych i zwyrodniałych, również nie zawsze stosowano ściśle naukową metodę.

Wobec wyżej powiedzianego, pytanie, które z anomalji zębów można zaliczyć do fizycznych cech zwyrodnienia, należy rozstzygać nadzwyczaj ostrożnie. Zmiany w narządzie zębowym, opisywane przez różnych autorów, jako cechy zwyrodnienia, odnoszą się do nieprawidłowości w jego rozwoju i wogóle do anomalji; zęby Hutchinsona, kieł małpi, albo sztyletowaty, właściwy małpom, np. gorylowi, także zaliczane są do zmian w narządzie zębowym, cechujących zwyrodnienie. Według Regnaulta kieł goryla posiada największy wymiar poprzeczny przy dziąśle, potem kieł robi się coraz cieńszy, aż wreszcie kończy się ostrym wierzchołkiem. U człowieka, im rasa niższa, tem kieł szerszy jest w szyjce, a ostrzejszy w wierzchołku.

Przejdźmy teraz do zbadania tych osobliwości w narządzie zębowym, które uznane są za cechy zwyrodnienia i skłonności do zbrodni i które są szczególnie ciekawe dla lekarza sądowego.

Baurneville, Langdon-Down i Lombroso zaznaczyli u idjotów oprócz cech zwyrodnienia nieprawidłowości w wyrzynaniu się zębów i artykulacji, także skłonności zębów do próchnicy. Często także spostrzegano u idjotów wysokie podniebienie.

Talbot na zasadzie swych licznych badań nad zębami i szczękami

słabych na umyśle osób różnych narodowości znalazł nieprawidłowości w rozwoju zębów, niedorozwój szczęk, szczęki w kształcie litery V i siodłowate. Nieprawidłowości spotykał Talbot częściej u anglików, niż u innych narodowości. Talbot objaśnia ten fakt pomieszaniem ras.

Dr. Alicja Sollier twierdzi, że idjotyzm w połączeniu z epilepsją powoduje często wstrzymanie rozwoju, najróżnorodniejsze anomalje i uszkodzenia w narządzie zębowym.

Na 100 idjotów 91 podlegało temu. Anomalje te były: w 13 przypadkach — przedwczesne ząbkowanie, w $^1/_5$ — spóźnione ząbkowanie, w 14% małe zęby (microdontiasis), w 11% — zęby wielkie (macrodontiasis), w 2% — zęby nadliczbowe, w 34% — anomalje pozycji, w 80% — anomalje kierunku (przednie zęby wystają naprzód, albo wtył, albo zachodzą jeden na drugi), anomalje kształtu — w 53%, erozje — 58%, normalne zęby zauważyła pani Sollier tylko w 11 przypadkach. Łepkowski i Wachholz znaleźli także pewne nienormalności w narządzie zębowym zbadanych przez nich idjotów.

M. S. Morozow przytacza w swojej rozprawie między innemi także badania zębów u 28 idjotów. Największa liczba anomalji przypadła na zęby, mianowicie 84,5%. Znaleziono anomalje następujące: zęby krzywe, zachodzące jeden na drugi — w 10 przypadkach, obrót wokoło osi w 7 przypadkach; przestrzenie między siekaczami i kłami — w 5 przypadkach; siekacze w dwa rzędy — w 1 przypadku; przednie zęby niezwykle małe — 1 przypadek; prognatyzm zębowy — 5 przypadków; nieprawidłowości w ustawieniu zębów — 3 przypadki; kły silnie rozwinięte — 4 przypadki; kły małe — 3 przypadki; nieprawidłowość łuków zębowych — 4 przypadki; erozje — w 8 przypadkach; brakuje zębów: siekaczy—w 9 przypadkach, kłów — w 4 przypadkach; brakuje trzonowców w górnej szczęce — w 15 przypadkach; w dolnej — 16. Wszyscy idjoci z anomaljami zębów mieli także zęby, dotknięte próchnicą.

Legrand du Saulle, Richter i inni zwrócili uwagę na to, że obok innych anomalji, spotykanych u obarczonych dziedzicznie chorych umysłowo widzimy także anomalję zębów. Richter zbadał 200 chorych i znalazł w nich nieprawidłowość w ustawieniu siekaczy i kłów w górnej szczęce w 11 przypadkach, a w dolnej w 15. Zjawisko to było skutkiem niedostatecznego rozwoju szczęk. W jednym przypadku Richter zauważył ząb nadliczbowy; w dwu przypadkach wyrznęło się tylko po 3 siekacze; w jednym przypadku siekacze miały kształt sztyftów, w drugim — stały daleko jeden od drugiego. Oprócz tego autor zauważył jeszcze w 3 przypadkach anomalje zgryzu.

Tarnowska na podstawie swoich badań antropologicznych dochodzi do wniosku, że prostytutki nie przypadkowe, a uprawiające swoje rzemiosło od wczesnej młodości, posiadają fizyczne cechy zwyrodnnienia.

Są to istoty zwyrodniałe albo wskutek wstrzymania rozwoju, albo też wskutek dziedziczności. Tarnowska zauważyła u 150 prostytutek, zbadanych przez się, 54% zboczeń w zębach; w 62 przypadkach było nieprawidłowe ustawienie zębów, w 19 — zęby Hutchinsona (półksiężycowe wyżłobienia na siekaczach), w 10 przypadkach zupełny brak od urodzenia górnych bocznych siekaczy. Rezultaty te wogóle podobne są do tych, do których doszli Lombroso, Andronico, Recklinghausen, Talbot i inni.

Lombroso i Terrero w swojej pracy „Kobieta-zbrodniarka i prostytutka" przytaczają tablice ważniejszych anomalji czaszki, znalezionych przez nich i innych badaczy (Pisini, Marro, Salsatto, Ottolenghi, Grimaldi, Andronico, Tarnowska,) u zbrodniarek i prostytutek. W liczbie tych cech zwyrodnienia znajdujemy także anomalje zębów, które były spostrzeżone u 16% zbrodniarek i 28% prostytutek. Lombroso i Terrero wykazują także, że średnica częstości anomalji zębów, obserwowanych przez nich u kobiet normalnych, wynosiła 0,5%, u zbrodniarek — 10,8%, u prostytutek — 5,1%.

Tarnowska przeprowadziła badania antropologiczne nad 160 kobietami normalnemi. Wyszczególnia ona u zabójczyń następujące osobliwości zębów: brak górnych siekaczy—w 9,3%; sztyletowate kły — w 9,3%; zęby stojące rzadko — 28,1%; anomalje kierunku budowy i inne, a także zęby Hutchinsona — w 78%, głębokie podniebienie—w 15%. Wogóle Tarnowska znalazła anomalje u 60% ze 160 kobiet występnych, u 28% ze 158 kobiet niewystępnych, w 30% u 100 złodziejek i w 54% u 216 prostytutek.

Anomalje zębów u przestępców były zaznaczone przez różnych autorów. Lombroso znalazł u 4% zabójców kły silnie rozwinięte; u 44% morderców i u 11,7% przestępców innego rodzaju — odstępy (diastema) między górnemi kłami i bocznemi siekaczami; w przestrzenie te, podobnie jak u zwierząt, a szczególnie u orangutanga, wchodzą dolne kły; u tych samych przestępców Lombroso zauważył: ciasne ustawienie zębów, górne środkowe siekacze silnie rozwinięte, obok nich boczne siekacze słabo rozwinięte, albo też zupełny ich brak od urodzenia; tę ostatnią anomalję, t. j. brak bocznych siekaczy, zauważył Lombroso w 21% przypadków; nieprawidłowe ustawienie zębów, podniebienie wązkie i wysokie spostrzegane były często, częściej u kobiet występnych, niż u mężczyzn, a najczęściej u prostytutek (w 41%).

Dumur zbadał w Lyońskim muzeum medycyny sądowej szczęki 16 straconych przestępców i znalazł te same anomalje, co i Lombroso.

Peltauf badał 30 czaszek przestępców w wiedeńskim instytucie medycyny sądowej i znalazł u 8 siekacze duże i masywne, u 5 takież kły, u 2 zatrzymanie w rozwoju zębów, u tyluż zęby małe, u 3 brak zębów mądrościj, u jednego zgryz otwarty, u 6 prognatyzm zębowy. Znany zabójca dziewcząt Schenk posiadał zęby piękne i prawidłowe.

Zęby karłów według spostrzeżeń Hisa, Schaffhausena, Schwarzkopfa, Łepkowskiego i Wachholza, a szczególniej Peltaufa, przedstawiają różne zboczenia od normy.

Niekiedy zęby takie nie różnią się niczem z wyglądu od zębów normalnego dorosłego człowieka, w innych zaś przypadkach podobne są do mlecznych zębów; zęby mądrości mogą być przy tem obecne.

Spostrzegano także u karłów nieprawidłowości w rozwoju zębów, jak np: niezupełną zmianę mlecznych na stałe, zatrzymanie (retentio) zębów w szczęce i inne nieprawidłowości. Obok tego spostrzegano też zęby zupełnie prawidłowo rozwinięte, bardzo piękne i duże, zębów mądrości w większości wypadków niema.

Według badań Langego i Schaffhausena olbrzymi mają zęby zupełnie normalne.

Piśmiennictwo: *Moral.* 1) Traité des dégénerescenses humaines. Paris. 1857. 2) *Lombroso.* L'homme criminal. 1886. 3) *Manouvrier.* Questions préalables a l'étude comparée des criminal etc. Actes du 2-me congr. Bruxelles. 1892. 4) *Tarde.* La criminalité professionelle. Genéve. 1886. 5) *Regnaul.* Varations dans la forme des dents suivant les races humaines. Bull. de la soc. d'Anthropol. Paris. Nr. 1. 6) *Bourneville.* Anomalies dentaires ches les idiots. Journal des connpaissances méd. 1862. 7) *Langdon - Dovn.* „The Lancet" 1862, 1874. 8) *Lombroso.* Denti negli idioti. 1863. 9) *Talbot.* Aetiologie der Missbildungen des Schädels, des Kiefiers und der Zähne. 1894. 10) *Alice Sollier.* La dentition des idiots. Thése de Paris 1887. 11) *Morozow.* Materjały do antropologji, etjologji i psychologji idjotyzmu. Dysertacja 1902. 12) *Legrand du Saulle.* Friedriech's Blätter. 1879. H. VI. S. 408. 13) *Richter.* Bildungsanomalien bei geisteskranken. Allgem. Z—t. H. I. 14) *Tarnowska.* Etude Anthropometrique sur les prostituees et les volenses. Paris. 1869. 15—16—17) *Lombroso et Ferrero.* „Kobieta-zbrodniarka i prostytutka". Tłum. ros. Kijów. Str. 346. 18) *Tarnowska.* Badania antropologiczne u kobiety-zbrodniarki. Petersburg. 1892. 19) *Lombroso.* L'homme criminel. Paris. 1886. 20) *Dumur.* Les dents. Leur importance et leur signification dans les questions mèdico-légales. These de Lyon. 1882. 21) *His.* Kenntniss des Cretinismus. Virchov's Archiv. 1861. T. XXII. 22) *Schaffhausen.* Berichte der niederösterr. Gesellschaft f. Naturheilkunde. 1868. 23) *Schwarzkopf.* Die Zähne bei Zwergen. Deutsche Mon. f. Z-de. 1884. S. 526. 24) *Łepkowski i Wachholz.* O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Dop. Red. Praca powyższa stanowi wyjątek z obszernej pracy dysertacyjnej autora p. t. „O zębach w medycynie sądowej". Niektóre działy w różnych okresach czasu zamieszczone zostały w *Kronice Dentystycznej.* Po uzupełnieniu wszystkich pozostałych działów postaramy się dzieło powyższe wydać w całości.

Przyczyny powstawania nienormalności uzębienia; ich znaczenie dla ortodoncji i zębolecznictwa.

Napisał

WINCENTY ZAWIDZKI.

(Podług odczytu, wygłoszonego na zebraniu naukowem Odziału Ziemi Kaliskiej Związku lekarzy - dentystów w P. Polskiem.)

Coraz częściej spotykane nienormalności uzębienia ludzkiego dają do myślenia, że i przyczyny tego zjawiska muszą być sprzyjające. Że tak jest w rzeczywistości, należy zwrócić uwagę na to, iż z postępem kultury i cywilizacji ludy oddalają się coraz więcej od racjonalnego sposobu odżywiania się, czego następstwem jest niedostateczne używanie narządu zębowego, zaś taki sposób życia człowieka kulturalnego stwarza najlepsze warunki, w których nieprawidłowości uzębienia stają się tak powszechnem zjawiskiem. Nie trzeba tutaj specjalnie podkreślić, że w parze idzie i grasuje, „niszcząc do pnia", groźna dla ludzkości cywilizowanej próchnica zębów. Wiadomo, iż wskutek utraty choćby jednego zęba naruszona zostaje funkcja całego narządu żucia, a dalszem następstwem utraty zębów są nienormalności uzębienia, zapalenia dziąsła, ropociek zębodołowy, zanik zębodołów, t. j. zmiany anatomo-patologiczne, które powodują stopniową utratę zębów. Ważną rolę odgrywa dalej przeciążenie pracą zmniejszonej ilości zębów, które wskutek naruszonego kontaktu wzajemnego przedstawiają daleko mniejszą siłę żującą.

Zrozumienie znaczenia całości uzębiania oraz ważności każdego zęba dla dobra całości nie doceniano dawniej należycie; dopiero rozwój nowoczesnej nauki ortodontycznej udowodnił i ugruntował znaczenie wszystkich zębów dla prawidłowej funkcji, hygjeny i profilaktyki uzębienia ludzkiego.

Badanie przyczyn powstawania anomalji oraz jaknajwcześniej stosowana profilaktyka w tej dziedzinie mają pierwszorzędne znaczenie nietylko dla specjalisty, lecz w równej mierze dla każdego lekarza-dentysty, by w porę rozpoznać powstającą anomalję.

Przyczyny powstawania nienormalności mogą być najróżnorodniejsze, a niekiedy nawet trudno dociec takowych, mając przed sobą zupełnie rozwiniętą, poważną anomalję zębów. Etjologja nieprawidłowości nie jest też zupełnie wyjaśniona, jakkolwiek należy się starać takową każdorazowo wyjaśnić, by móc przeciwdziałać jaknajlepiej siłom przyczynowym już po wyleczeniu anomalji, t. zn.: dociekanie przyczyn jest ważne nie tylko dla wyjaśnienia powstawania, lecz również i dla skutecznego leczenia nieprawidłowego zwarcia.

Przypomnijmy sobie niektóre dane z anatomji, patologji i t. d., które pośrednio lub bezpośrednio powodują nienormalności naszego uzębienia.

Do przyczyn anatomicznych zaliczyć należy: rozszerzenie szczęki górnej (gnatoschisis), nadmierna szerokość ust (macrostomia), nieprawidłowość wędzidełka wargowego, głównie górnego, diastema, niedorozwój kości szczękowych (przy rachitis), zęby nadliczbowe oraz niedorozwój zębów pod względem liczby, wadliwości rozwojowe zębów, jak: zęby szczątkowe, czopowate i t. d.

Nieprawidłowości powyższe mogą być tylko wrodzone lub jednocześnie odziedziczone, t. zn.: wszystkie zboczenia dziedziczne są wrodzone, lecz nie wszystkie zboczenia wrodzone są dziedziczne.

Do przyczyn potologicznych, powodujących powstawanie anomalji zębów i szczęk zaliczyć należy:

1) niewyjaśnione dotąd dostatecznie oddziaływanie przyczyn zewnętrznych i duchowych na matkę, której płód przychodzi na świat ze zboczeniami charakteru anatomicznego, o których była mowa wyżej,

2) położenie dziecka w łonie matki, głównie przy bliźniętach, i t. d.,

3) ciężki akt porodu z zastosowaniem kleszczy,

4) macroglossia (zbyt wielki język; leczenie chirurgiczne),

5) powikłanie w czasie wyrzynania się zębów,

6) zgrzytanie zębami,

7) niedostateczne używanie zębów do żucia.

Poza przyczynami, dopiero wyszczególnionemi, odgrywają w etjologji malokluzji nader ważną rolę złe przyzwyczajenia (narowy) dzieci, z któremi należy walczyć radykalnie po ich ujawnieniu. Ważną bronią jest tu uświadomienie matek i wychowawców, przez co możnaby zapobiegać powstawaniu wielu, niekiedy znacznych nienormalności (anomalji), które tylko wówczas poddają się wyleczeniu, gdy uda się pokonać owe narowy, a przyznać należy, iż walka z niemi bywa niekiedy arcytrudna.

Najważniejsze i często spotykane przyzwyczajenia wieku dziecięcego są:

1) wysuwanie żuchwy naprzód lub wbok,

2) gryzienie wargi — częściej dolnej niż górnej,

3) wciąganie policzków pomiędzy trzonowce oraz gryzienie tychże,

4) gryzienie ciał obcych, jak ołówka i t. d.,

5) ssanie palca z przodu, z boku i t. d., również ssanie kilku palców,

6) wysuwanie i gryzienie języka,

7) zbyt długotrwałe ssanie smoczka i t. d.

Poza wielu innemi jeszcze przyzwyczajeniami wyżej wymienione, dają doskonałe wyobrażenie o znaczeniu i roli takich przyzwyczajeń na rozwój i ukształtowanie się łuków zębowych oraz szczęk u dzieci, mających takie nawyki. Tutaj może dom rodzicielski oraz szkoła dużo zdziałać, a szkolni lekarze-dentyści winni baczną zwracać uwagę zwłaszcza u najmłodszych latorośli.

Wszystko, cośmy dotąd przytoczyli, nie wyczerpuje jeszcze przyczyn powstawania i rozwoju anomalji zębów i szczęk. Powyżej wyszczególnione przyczyny działają bezpośrednio, i nazwać je można pierwotnemi; niepoślednią rolę w etjologji malokluzji odgrywają również przyczyny pośrednio działające, czyli wtórne.

Jak wiemy z doświadczenia i obserwacji codziennej, deformacji uledz może najnormalniejszy łuk zębowy wskutek braku nawet jednego zęba. Jakkolwiek można niekiedy ekstrakcją, wykonaną w porę, poprawić stan uzębienia, jednakowoż zabieg ekstrakcyjny nie daje bezwzględnej pewności osiągnięcia zamierzonego celu, a obniżenie zgryzu i t. zw. retruzja szczęki górnej są resp. były następstwem t. zw. systematycznej ekstrakcji pierwszych trzonowców.

Porównanie łuków zębowych ze sklepieniem, które się prędzej czy później w mniejszym lub większym stopniu rozchwieje i zapadnie, gdy nastąpią nawet małe braki (niekiedy już ekstrakcja jednego zęba), objaśnia najwymowniej wartość i znaczenie każdego zęba poszczególnego w sklepieniu łukowem szczęki.

Po utracie zęba czy zębów powstaje nowe ugrupowanie sił, a zmiany, jakie powstają w nowych warunkach zależne są od wzajemnego oddziaływania szczęk z pochyłemi płaszczyznami guzków zębowych oraz mniejszej sprężytości i odporności masy kostnej szczęk (zwapnienie).

Zrozumiałem jest, że w wieku młodym ruch i przesunięcia zębów rozwijają się na tem tle bardzo łatwo i prędko, a objaw ten starano się wyzyskać dla celów t. zw. samoregulacji przez sestematyczną ekstrakcję pierwszych trzonowców. Ostatecznego wyniku „samoregulacji" nie można jednakowoż nigdy przewidzieć, co jest zrozumiałe z wywodów wyżej podanych. Z rozwojem ortodoncji nowoczesnej systematyczna ekstrakcja słusznie zeszła na plan dalszy. Systematyczny bowiem sposób leczenia przez ekstrakcję może dawać pewne dobre wyniki, ale przypadki takie winny podlegać w dalszym ciągu obserwacji, by w miarę potrzeby w porę zapobiec powstawaniu malokluzji. Bardzo częstem następstwem tego leczenia „chirurgicznego" jest obniżenie zgryzu, który należy bezwarunkowo podnieść, gdy tylko zjawią się pierwsze oznaki. Śledzenie dalsze przez porównanie modeli przedekstracyjnych ze stanem następnym powinno w tych razach być warunkiem obowiązującym.

Dla prawidłowego rozwoju uzębienia stałego zęby mleczne mają znaczenie pierwszorzędne. Cały świat kulturalny coraz więcej docenia pielęgnowanie zębów u dzieci, organizując na wielką skalę pomoc dentystyczną w szkołach. Najwcześniej zaprowadzona profilaktyka jest nie tylko najodpowiedniejszą walką z próchnią zębów, ale przeciwdziała ona również powstawaniu wielu malokluzji oraz przyczynia się do wczesnego ujawnienia istniejących już anomalji, które winny być leczone ortodon-

tycznie w wieku najmłodszym, t. j. w pierwszym stadjum rozwojowym. Zwracanie uwagi na nieprawidłowe oddychanie ustami u dzieci i kierowanie ich do specjalisty, który usunie przeszkody, istniejące w nosie, uchroni często młodzież od fatalnych skutków nie tylko dla uzębienia, lecz również dla całego organizmu i rozwoju umysłowego.

Zaniedbanie stanu uzębienia u dzieci, powodujące utratę przedwczesną zębów mlecznych, pociąga za sobą zawsze mniejsze lub większe anomalje łuków zębowych, bowiem każda ekstrakcja bezwględnie hamuje rozwój szczęki, powodując zwężenie objętości łuku. Dośroddkowe przesunięcie trzonowców, zatrzymanie dwuguzkowców w szcęce lub ich wyrzynanie się poza łukiem wskutek braku miejsca oraz charakterestyczne wyrzynanie się kłów zewnątrz łuku są następstwem zwężonego łuku.

Do wyjmowania zębów mlecznych winniśmy uciekać się dopiero w ostateczności, starając się w tym wypadku utrzymać powstałą lukę odpowiednim przyrządem retencyjnym do czasu wyrzynania się zęba stałego.

Nie tylko utrata zęba czy zębów mlecznych, ale i próchnica może być przyczyną nieprawidłowości uzębienia, bowiem i w ten sposób nastąpić może skrócenie objętości łuków zębowych, którego następstwem jest mniejsza lub większa malokluzja.

Istnieją jeszcze inne przyczyny powstawania i rozwoju anomalji zębów i szczęk, mianowicie: złamanie szczęk, większe lub mniejsze operacje w obrębie wyrostka zębodołowego i szczęki, blizny, nowotwory i t. d. Sposób leczenia jest tutaj identyczny, jak przy anomaljach uzębienia z pewnemi niekiedy modyfikacjami.

Specjalny wielki dział zajmują deformacje, spowodowane postrzałami pocisków wojskowych najrozmaitszych systemów. Wypadki te są typu najróżnorodniejszego, a leczenia ich sposobem ortodontycznym dało naszemu zawodowi szerokie pole działania w czasie ostatniej wojny wszechświatowej z wynikami najlepszemi oraz zjednało największe uznanie dla nauki dentystycznej, jako równouprawnionej gałęzi wiedzy lekarskiej.

W warunkach normalnych kształt dolnego łuku zębowego oddziaływa na górny, chociaż zwężenie łuku górnego, powstające z rozmaitych przyczyn, powoduje również zwężenia łuku dolnego. Znaczy to, iż wzajemne oddziaływanie obu szczęk istnieje zawsze, zaś główny impuls w kierunku normalnym może być paraliżowany przez wpływ silniejszy, nienormalny.

Jeśli zwrócimy uwagę na istniejące w ustach siły przyrody, to na ukształtowanie się łuków zębowych oddziaływają przedewszystkiem następujące: ciśnienie żuchwy na szczękę górną podczas żucia, gdy guzki nacierają na pochyłe płaszczyzny guzków szczęki przeciwległej, dalej język, wargi i policzki. Podczas ząbkowania działa ucisk wyrzynają-

cego się zęba na tkanki i łuk, dając impuls rozwojowy; wogóle zaś niepoślednią rolę odgrywa ciśnienie powietrza, którego działanie podczas oddychania normalnego nosem utrzymuje żuchwę przy szczęce górnej. Sprawa nienormalnego oddychania ustami jest dla ortodoncji nader ważna; na nią należy zwracać baczną uwagę.

Widzimy tedy, że etjologja malokluzji ma znaczenie wielkie, i należy większą, niż dotąd, zwracać uwagę na całość uzębienia, zwłaszcza w wieku młodym.

Współpraca wszystkich lekarzy-dentystów, nie tylko uprawiających ortodoncję, jest pożądana, by wyświetlić niejasne dotąd przyczyny powstawania wielu anomalji. Uświadomienie rodziców i wychowawców o przyczynach melokluzji należy do ważnych celów profilaktycznych. Współdziałanie rynologa z dentystą winno być w dziedzinie niedrożności nosa i anomalji uzębienia jaknajściślejsze, gdyż tylko wspólna racjonalna terapja może dać wynik pożądany dla dobra chorego.

Piśmiennictwo. 1) *Herbst E.* Zahnärztliche Orthopädie. München. 1910. 2) *Pfaff W. prof.* Lehrbuch der Ortodontie. Leipzig. 1921. 3) *Zawidzki W.* Rys ortodoncji. Warszawa. 1919.

Spostrzeżenia kliniczne.

Podał

D. KON.

Znane są zaburzenia w miazdze zębowej, zależne od różnego rodzaju czynników o charakterze miejscowym (zwapnienie miazgi częściowe, zębiniaki, wynaczynienia, zatory), lub ogólnym (choroby zakaźne, cukrzyca, dna, cierpienia pochodzenia ośrodkowego i t. p.).

Związek ten, nieraz obserwowany, stanowi zjawisko charakterystyczne i znany jest zarówno dentystom, jak i klinicystom.

Wiadomo, że grypa (influenza) ma pewien wpływ na narząd zębowy. Wpływ ten uwydatnia się czy to jako samoistny ból pochodzenia miazgowego, czy też jako nerwoból całej gałęzi nerwu trójdzielnego, to znowu jako nieżyt śluzówki jamy ustnej, dziąseł, zapalenie języka, gruczołu przyusznego, ozębnej, okostnej i kości szczękowych. Objawy te szczegółowo były omówione przez kol. Krakowskiego w obszernej pracy p. t. „Influenza, jej wpływ na jamę ustną“ (Kronika Dentystyczna r. 1911).

Że t. zw. grypa hiszpańska (t. zw. hiszpanka czyli ukrainka), bardzo u nas rozpowszechniona, okazuje znaczny wpływ na narząd zębowy, stwierdziłem w swej praktyce, a mianowicie: atakuje

ona miazgę zebową, najprawdopodobniej powodując jej przekrwienie z jego następstwami, i w rezultacie w stosunkowo krótkim czasie następuje powikłanie w postaci obumarcia miazgi, któremu towarzyszy zapalenie ozębnej, okostnej, kości szczękowej i to w obrębie zębów intaktnych, lub też takich, które nie uległy urazowi.

Przytaczam tu *trzy* przypadki z praktyki.

Przypadek *pierwszy* dotyczył 14-letniej pacjentki, która przechodziła ciężką formę grypy.

Ogólny stan przedstawiał wiele do życzenia: znaczne osłabienie, silna anemja; oczy głęboko wpadnięte. Pacjentka narzekała na silne napadowe bóle w lewej połowie żuchwy; bóle, zwłaszcza ostatnio, znacznie się wzmagały.

Oględziny jamy ustnej stwierdziły: zęby były nieuszkodzone; nie reagowały na czynniki termiczne i mechaniczne; barwa niezmieniona; osadu nie było; dziąsła normalne, również śluzówka jamy ustnej; gruczoły chłonne podszczękowe nieco powiększone; słowem nie udało mi się stwierdzić nic osobliwego, co przemawiałoby za istnieniem jakiegokolwiek cierpienia miejscowego.

Przypuszczając, iż mieliśmy w danym przypadku do czynienia z nerwobólem zębów w przebiegu influenzy, zaleciłem do wewnątrz: trigemini cum salipyrini 0,3, trzy razy dziennie, oraz okłady ciepłe. Poprawy jednak nie było, przeciwnie — bóle wzmogły się w znacznym stopniu i były nie do zniesienia, przyczem towarzyszyła im podwyższona ciepłota, zaś stan jamy ustnej się nie zmienił.

Pacjentkę skierowałem do rentgenologa w celu wykonania prześwietlenia.

W tym międzyczasie (wykonania rentgenogramu) wystąpił obrzęk całej lewej strony twarzy; ciepłota znacznie się podniosła; ogólny stan bardziej się pogorszył.

Dolne siekasze, kieł i obydwa dwuguzkowce silnie reagowały na dotyk. Wszelki zabieg był wykluczony; zaleciłem stosowanie odnośnych okładów.

Po kilku dniach obrzęk się nie zmienił, również ciepłota stale była podwyższona; bóle były nader dokuczliwe.

Prześwietlenie stwierdziło: dookoła korzenia kła duży ropień ze zniszczeniem kości szczękowej. Usunięcie kła powyższego dało wynik pomyślny, gdyż chora po dwóch dniach zupełnie wyzdrowiała; jakichkolwiek nawrotów nie było.

Wobec tego, że najlżejszy dotyk wywołał silny ból, nie mogłem przeprowadzić stosowanej zwykle trepanacji zęba; również wyczekującego stanowiska zająć nie mogłem wobec coraz bardziej pogarszającego się stanu pacjentki. Usunięty ząb wręczyłem w celu zbadania

d-rowi J. Brunnerowi, który stwierdził wokoło wierzchołka komórki łącznotkankowe, leukocyty, względnie niezbyt liczne; drobnoustrojów kwasoalkoholowych nie wykryto.

Mojem zdaniem, w danym przypadku powikłanie ze strony miazgi zęba spowodowane zostało ogólną chorobą — grypą, której drobnoustrój specyficzny zaatakował najbardziej podatny dla siebie ząb.

Sekcja zęba wykazała rozpad gnilny miazgi.

Przypadek *drugi* dotyczył 38 l. pacjenta, który zgłosił się do mnie po przebyciu grypy; nadmienił, iż przez cały czas trwania choroby bardzo cierpiał na bóle w górnej szczęce, a ostatnio są jeszcze dokuczliwsze i strzelające.

Po zbadaniu jamy ustnej stwierdziłem zęby (wszystkie) silnie rozwinięte, zdrowe; żółta barwa ich niezmieniona; osadu nie było; dziąsło i śluzówka normalne; zęby nie reagowały na bodźce mechaniczne i termiczne.

Środkowy lewy górny siekacz po 3 — 4 dniach obserwacji nieco reagował na opukiwanie. Wywiad nic nie ustalił. Szóstego dnia nad wzmiankowanym zębem wystąpił silny obrzęk; ciepłota podniesiona; opukiwanie zęba wywołało silniejsze bóle. Ostrym świdrem strepanowałem ząb, następnie przedostałem się do komory miazgowej i korzeni zęba. Oczyszczywszy komorę, przeniknąłem miazgociągiem do wierzchołka zęba i sperforowałem takowy. Wydobyłem gęstą i cuchnącą ciecz, która następnie obficie się wydzielała pod wpływem nacisku palcem ze strony nosa.

Ząb, odpowiednio leczony, został zablombowany po 15 dniach. W ciągu 3 miesięcy nawrotu nie było.

Przypadek *trzeci* dotyczył 17-letniej panny F., która przechodziła identyczną chorobę, przyczem górny boczny lewy siekacz, nieuszkodzony i niezmieniony w barwie, na skutek wstawiennictwa ordynującego lekarza, który obawiając się infekcji ogólnej, został usunięty; sekcja zęba stwierdziła rozpad miazgi.

Po 2 dniach chora zupełnie wyzdrowiała.

Niezależnie od opisanych wyżej przypadków, udało mi się stwierdzić jeszcze kilka podobnegoż pochodzenie.

Dział sprawozdawczy.

34) *Türkheim* (Hamburg). **Projekty jednostajnego oznaczania zębów i ich części** (Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde, nr. 2 r. XXXVI).

35) *De Jonge Cohen* (Amsterdam). **Wyjaśnienie do powyższej sprawy** (Tamże nr. 7).

W mianownictwie naukowem napotykamy wiele wyrazów, utworzonych nieprawidłowo; dotyczy to również mianownictwa dentystycznego.

Najważniejszą sprawą, zdaniem Türkheima, byłoby zarzucenie niewłaściwego terminu „mesial", używając natomiast właściwszego „medial", jako pochodzącego od łac. „medius". Niewłaściwe „mesial" możnaby również zmienić na „mesal", pochodzące prawidłowo od terminu greckiego.

Aby jednak nie wywołać zamieszania w terminologji ogólno-anatomicznej przez wprowadzenie terminu „medjal" zamiast „mesial", przypomina Th. E. de Jonge Cohen termin „proksymal" (*proxymal*), używany w tem znaczeniu konsekwetnie przez Zuckerkandla.

Stosownie do terminu „distal" w znaczeniu „odśrodkowy" należałoby używać za Zuckerkandlem terminu „proksymal" w znaczeniu „dośrodkowy". Następnie wymienia Türkheim topograficzne nazwy: *lingual*, *labial*, *buccal*, *palatinal*, *facial i oral*, oznaczające właściwie tylko „zewnątrz" i „wewnątrz", czyli frontalnie i dorsalnie.

Tu proponuje znowu de Jonge Cohen utarte już w zębolecznictwie terminy „facial" i „lingual", nie dające powodu konfliktu z terminologją ogólno - anatomiczną. Rozważywszy słuszne dążenia obu autorów do ujednostajnienia terminologji, zalecałoby się ustalić przez ogólne użycie terminów: proksymalny = dośrodkowy, distalny = odśrodkowy, facialny = lingualny = wewnętrzny. Dla powierzchni żującej proponuje Türkheim termin „horisontal" zamiast używanych „oklusal", „mastical" i t. d., zaś dla okolicy szyjki zamiast „gingival" i t. d. zawsze „coervical".

W dalszym ciągu tenże autor przechodzi do opłakanej sprawy rejestracji zębów, będącej faktycznie bolączką naszej literatury międzynarodowej. Znak $\frac{|\;\text{II}}{|}$ lub skrócenie $|\underline{3}$ odczytuje się jako prawy ząb, wychodząc z założenia: jak napisano, tak czytano, nie zaś jako lewy, gdyż oznaczamy w ten sposób pacjenta, czyli jest to rysunek projekcyjny. Bardziej rozpowszechnione jest odczytywanie powyższych znaków projekcyjnie, to znaczy odwrotnie, niż są pisane, co wytłumaczyć sobie możemy zapewne tem, że bardzo często używamy również rysunku projekcyjnego wszystkich zębów, lub myślimy logicznie o tem, co ma oznaczać linja pionowa, i uznajemy ją jako linję środkową pacjenta, a nie piszącego operatora.

Pragnąc wyjść z chaosu, powinniśmy trzymać się powyższego spo-

sobu, stosując będące już w użyciu skrócenia: *I. C. P. M.* (Incisivi, Canini, Praemolares, Molares) resp. *i. c. m.* dla zębów mlecznych, oznaczając liczbami u dołu, lub u góry, z lewej strony litery, np. $_2M$, mówiąc już bez pomyłek o 2 dolnym lewym trzonowcu.

Dopisek ref. Jeśli w innych językach mianownictwo posiada pewne błędy i usterki są to sprawy obchodzące w wielkiej mierze mianownictwo międzynarodowe. Obcując zaś pisemnie i ustnie z kolegami - rodakami, widzimy jakie „pomieszanie językόw" panuje u nas — każda dzielnica była pod innym wpływem.

Brak poczucia etyczno-zawodowego i narodowego tłumaczy ten stan opłakany, z którego nie łatwo będzie wybrnąć, jeśli ogół kolegów nie zainteresuje się poważniej sprawą mianownictwa ojczystego oraz naszem piśmiennictwem dentystycznem. Pisząc swego czasu ocenę mozolnej pracy kol. Krakowskiego: „Polskie Słownictwo Dentystyczne", odwoływałem się do ogółu kolegów z prośbą o nadsyłanie autorowi uwag i spostrzeżeń celem uzupełnienia „Słownictwa", lecz dotąd nikt z kolegów nie poczuł się do tego obowiązku. Czytając pisma zagraniczne, zauważyć możemy, iż *tam* się dzieje inaczej.

Wobec zmian politycznych i odrodzenia Rzeczypospolitej naszej miejmy nadzieję, że w obecnej chwili przełomowej ockną się koledzy Zjednoczonej Ojczyzny do wspólnej pracy dla wspólnego dobra narodu.

W. Zawidzki.

36) *Friede Bruno dr.* **O metalu „Kosmos"** (Deutsche Zahnheilkunde, zeszyt 45, Lipsk 1921, Thieme Georg).

Drożyzna złota jest pobudką do wyszukania taniego stopu, który odpowiadałby wymaganiom odporności chemicznej i mechanicznej, bez względu na kolor. Różnorodne doświadczenia dowodzą, że znalezienie zastępku złota napotyka dotąd na znaczne trudności, gdyż zalecane stopy podlegają w jamie ustnej znacznym zmianom.

Autor badał metal „Kosmos" pod względem wewnętrznej budowy oraz korozyjności przed i po obróbce, by następnie wydać ocenę co do jego zdatności dla celów dentystycznych.

Na podstawie badań laboratoryjnych oraz stosowania go w praktyce autor doszedł do wniosku, iż metal „Kosmos" jest mniej wartościowy, aniżeli mosiądz (Messing). „Kosmos" podlega w alkalicznym elektrolicie mniejszemu stopnieniu, aniżeli w kwaśnym; mosiądz zaś rozpuszcza się w elektrolicie alkalicznym jeszcze mniej, aniżeli „Kosmos".

Uwzględniając chemiczny wpływ śliny, który zależy od rodzaju pokarmów i t. d., nie można zatem używać „Kosmosu" nawet w ustach o ślinie alkalicznej. Próby praktyczne wykazały znaczne zmiany i rozpuszczalność „Kosmosu" w ustach, a nawet utratę koloru i zmianę barwy.

Mosiądz wykazał lepsze wyniki, ale rozpuszczalność tego metalu nie upoważnia również do stosowania go do dostawek stałych. Struktura wewnętrzna stopu daje lepsze lub gorsze wyniki, zależnie od stopnia jednolitości. Wątpliwem jest, by stopy cynko-miedzi dawały stosowny zastępek złota. *W. Zawidzki.*

37) *Weikart.* **Czy metal „Randolf" odpowiada warunkom, jakie należy postawić zastępkowi złota w dentystyce?** (Deutsche Zahnheilkuude, Heft 45; Georg Thieme, Leipzig).

Autor podaje następujące wywody:

1. Zawartość miedzi, jak wykazują analizy, waha się między 63,3—65,0%, cynku od 34,2—35,8%.

Badanie metalograficzne wykazało w większości wypadków wybitną odmienność (Heterogenität); wogóle zaś metal „Randolf" stoi pod względem krystalizacji na granicy jednolitości i odmienności (homogene und heterogene Mischkriestalle). O jednolitości bezwzględnej tego metalu zatem mowy być nie może.

2. Pod względem dostatecznej odporności chemicznej metal ten również nie odpowiada celowi, jak to wykazują badania elektrolityczne. Znajdujący się w handlu mosiądz wytrzymywał próby lepiej, aniżeli „Randolf" i „Kosmos".

3. Nieszkodliwość i szkodliwość: stopy, zawierające większy procent miedzi, są dla organizmu ludzkiego szkodliwe, czego dowodem są badania elektrolityczne i spostrzeżenia praktyczne. Wraz ze śliną mogą się przedostawać do organizmu ilości niebezpieczne pod względem toksyczności. Że „Randolf" „topnieje" (niknie) w ustach po dłuższem noszeniu, tego dowodem jest zanik zabarwienia; rozpuszczalność zwiększa się przypuszczalnie, gdy ślina wykazuje odczyn nienormalny. Jakkolwiek barwa metalu może zachęcać do użycia „Randolfu", jednakowoż po pewnym czasie następuje rozczarowanie; moc i odporność się zmniejszają przez rozpuszczalność, która podtrzymuje barwę metalu. W literaturze ukazały się już wzmianki o objawach trujących, jako wynik noszenia protez metalowych o większej zawartości miedzi.

Jeśli metal „Randolf" znajduje się w ustach w pobliżu lub obok złota, wtenczas rozpuszczanie jego wzmaga się przez elektrolizę.

4. Łatwość obróbki: „Randolf" nadaje się do wszelkich robót technicznych.

5. Trwałość koloru. Barwa utrzymuje się przez rozpuszczalność met. „Randolf", lecz równocześnie zmniejsza się stopniowo odporność. Z tego względu warunku tego „Randolf" nie wypełnia.

Reasumując powyższe wywody, dochodzimy do wniosku, że „Randolf" nie wypełnia wszystkich warunków, jakich należy wymagać od zastępku

złota. Ponieważ nie udało się dotąd sporządzić zupełnie jednolitego (homogennego) metalu, więc wartość zastępków jest tembardziej wątpliwa, a dobre i złe wyniki tłumaczą się właśnie większą lub mniejszą jednorodnością materjału.

„Randolf“ nie może być uważany, jako zastępek złota: nie należy go używać do dostawek stałych. *W. Zawidzki.*

38) *Bulin A.* **Metale nieszlachetne jako zastępki złota w technice dentystycznej.** (Zietschrift f. Zahnersatzkunde nr. 4 r. XXIII). Komunikaty Urzędu Zdrowia Publicznego Ministerjum Austr. Zarządu Społecznego zamieściły w nr. 3 z dn. 25 lutego 1921 ostrzeżenie przed używaniem stopów nieszlachetnych metali, zastępków złota, w technice dentystycznej. Ostatnio ukazują się w handlu pod różnemi nazwami stopy metali nieszlachetnych, które mają służyć, jako zastępki kosztownego złota w technice dentystycznej, a wiec: do plomb, koron, mostków i innych celów. Stopy te składem swoim podobne są do mosiądzu, zawierają jednak obok innych metali częstokroć i ołów. Według posiadanych analiz, doszukano się w tych stopach około 0,5°/₀ ołowiu. W przeciwstawieniu do powszechnie używanych stopów miedzi, obfitujących w złoto i przygotowanych z gruntowną fachową znajomością rzeczy, mamy stopy miedzi i cynku, mało odporne na rozpuszczające własności zasadowych i kwaśnych płynów. Podobne stopy podlegają więc w ustach stałemu względnie szybkiemu rozpuszczaniu pod wpływem śliny. Jeśli stopy te zawierają ołów, to nieznaczne ilości ołowiu mogą się przedostawać do organizmu. Przy posługiwaniu się dostawką, sporządzoną z materjału, zawierającego ołów, nie wykluczonem jest, że się narażamy dzięki temu na niebezpieczeństwo zatrucia ołowiem wskutek regularnego wchłaniania małych jego ilości. Należy się wystrzegać użycia stopów nieszlachetnych, zawierających ołów dla celów techniki protetycznej.

Bulin od dawna przestrzegał przed używaniem nieszlachetnych metali i ogłosił analizę, z której wynikało, iż tak często używany „Randolf“ nie jest niczem innem, jak mosiądzem. Analiza powyższa, dokonana w październiku 1917 r. przez Główny Urząd Probierczy we Wiedniu, III, (Heumakt 1) brzmiała, jak poniżej:

Miedzi — 62,96°/₀
Cynku — 36,59°/₀
Ołowiu — 0,39°/₀
Żelaza — ślady

Wyniki tych badań zostały podane w wątpliwość przez kilku fachowców, ponieważ podano w sposobie użycia tego materjału, że złoto nie może być użyte z nim jednocześnie, bowiem „Randolf“ ze złotem powodują strącenie glinu (aluminium) ze stopu. Z tego twierdzenia należa-

łoby wywnioskować, że metal „Randolf“ zawieraiglin. Okoliczność ta wywołała z inicjatywy Bulina dokonanie ponownej analizy przez prof. dr. A. Fränkla w Państwowej Szkole Rzemiosł (Wiedeń, XVII). Stwierdzono:

Jakościowe badanie blachy, drutu, kawałków wykazało we wszystkich 3 próbkach miedź i cynk jako główne części składowe obok nieznacznych ilości ołowiu i śladów żelaza. Zestawienie tych trzech analiz z analizą Głównego Urzędu Probierczego z r. 1917, zgadzających się w drobnych setnych częściach %, prowadzi do wniosku, że metal „Randolf“ nie jest niczem innem, jak tylko mosiądzem, zawierającym ołów. Nie jest to nawet jakiś specjalny stop. Wiedeński najlepszy mosiądz w odlewie składa się (według „Chemiczno-Technicznego Słownika“, nakład A. Hartlebena, str. 477) z następujących metali:

Miedzi	—	63,66%
Cynku	—	38,59%
Cyny	—	2,50%
Ołowiu	—	0,25%

Metal „Randolf“ ma prawie ten sam skład, nawet może być określony, jako stop pośledniejszy, ponieważ nie zawiera wcale cyny. A jednak cena 1 gramu „Randolfu“ dochodzi do 56 koron, podczas gdy 1 klg. mosiądzu w najlepszym gatunku, albo mosiężnego drutu, kosztuje od 230 — 250 koron, czyli po 25 halerzy 1 gram. Mosiądzu tego używają fachowcy, jako zastępki złota, dzięki reklamie w dobrej wierze. Nie przychodzi im nawet na myśl, iż „Randolf“ może być szkodliwy dla zdrowia, tembardziej, iż według opisu zachowuje swoją barwę, a więc warunki w ustach mają być dla niego obojętne.

Wiemy, iż jest przeciwnie, i że stop ten rozpuszcza się niepostrzeżenie i nieznacznie w ustach. Wydziela się trująca sól miedzi (Grünspan), która dostaje się do żołądka stale w nieznacznych ilościach. Pomimo, iż właściwych, wyraźnych objawów zatrucia organizmu nie dostrzegamy, należy jednak przypuszczać, iż obecność nadmiernej ilości mosiądzu w ustach może a nawet musi spowodować zaburzenia, aczkolwiek poszkodowany nie zdaje sobie wcale sprawy ze szkodliwego wpływu mosiężnej dostawki, którą się posługuje.

W notatce, zamieszczonej na początku niniejszego artykułu, ostrzega się przed używaniem w technice dentystycznej stopów, zawierających ołów w obawie przed możliwością zatrucia tym metalem.

Według powyższej notatki Urzędu Zdrowia Publicznego, którego kierownikami są lekarze, należałoby dojść do wniosku, iż stopy, nie zawierające ołowiu, mogą być używane do celów techniki protetycznej. Dziwnem jest jednakże, iż używanie podobnych metali nie zostało wyraźnie wzbronione; czyżby nie z tego względu, iż znaczna liczba lekarzy-denty-

stów wyrabia z mosiądzu dostawki i pozwala publiczności wrerzyć, że jest to zastępek, nie ustępujący złotu pod względem jakości, i każą sobie za podobną partaninę jeszcze płacić wysokie ceny? Podobny zakaz nie byłby trudny do urzeczywistnienia, bowiem już w 80-ych latach ub. stulecia karano techników dentystycznych za używanie nieszlachetnych metali. *Stefanja Holiczerowa.*

39) **Nieszlachetne metale w jamie ustnej.** Neglein (Z-che Rund. 22 r. 1922), wbrew nielicznym zwolennikom, zwraca uwagę na szkodliwość stosowania nieszlachetnych metali w jamie ustnej. Opisuje on nast. przypadek. Dla pewnego pacjenta wykonano niewielki mostek z randolfu. Po blisko 2 miesiącach zgłosił się do d-ra N. pacjent i zakumunikował, iż po dopasowaniu dostawki przez dłuższy czas wyczuwał w ustach smak metaliczny; w czasie urlopu wystąpiło zapalenie śluzówki jamy ustnej, które coraz pogarszało się. Pacjent zwrócił się do dentysty, który mu zdjął mostek. Objawy zapalne zupełnie przeszły. Mostek okazał się zupełnie zmienionym. W jamie ustnej pozostało jeszcze nieznaczne zapalenie śluzówki.

Autor zarzucił od tego czasu stosowanie nieszlachetnych metali do celów jamy ustnej. *D. Kon.*

40) *Kronfeld R.* **Amputacja miazgi i trójkrezolformalina** (Zeitschr. für Stomatologie, III r. 1922).

Na życzenie lekarzy-dentystów wiedeńskich miał Kronfeld wykład pod powyższym tytułem w Tow. austr. stomatologów w Wiedniu, który przedrukowany został we wspomnianym miesięczniku. Autor poświęcił 16 lat tej metodzie, t. j. amputacji w połączeniu z leczeniem trójkrezolformalinowem, Metoda ta nie jest dla nas nową, gdyż już w pierwszych rocznikach „Kroniki Dentystycznej“ znajdujemy o niej krótsze i dłuższe referaty, a nawet prace oryginalne, jak np. zmarłego docenta d-ra Gońki z r. 1907. Na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, na posiedzeniu Sekcji dentystycznej, postawił G. pytanie: „Która metoda leczenia zgorzeli miazgi i zoopatrywania korzeni daje najlepsze wyniki?“

Przepowiedział on wówczas, iż metoda Bukleya, do której podwaliny dał Łepkowski, ogłoszona w r. 1904 w St. Louis, da się w dentystyce z czasem przeprowadzić z tak wielkiem powodzeniem, iż nawet sceptycy nie będą mogli zeprzeczać doskonałym wynikom. U nas, jak w Niemczech, omawiana metoda przez pewien czas nie miała powodzenia wśród praktyków, aczkolwiek jako teorja sama musiała trafić wszystkim do przekonania, zaś ustalona została sława tej metody, gdy wyniki, ogłoszone przez Eschera, Lartschneidera, Scheuera i wielu innych, potwierdził Parreidt. Kronfeld rozszerzył tę metodę, stosował ją bowiem nie tylko przy leczeniu zgorzeli miazgi, lecz i w wielu innych przypadkach schorzenia

tejże, czy to pulpitis partialis, czy też totalis, jak również w praktyce dziecięcej; wykonywał on amputację zamiast wyłuszczenia (extirpatio), stosując trójkrezolformalinę, i uzasadnia, dlaczego postępuje w tenże sposób i przy zębach zdrowych, przeznaczonych jako filary do mostków. Kronfeld dalej zachęca do metody amputacji miazgi z zastosowaniem pasty trójkrezolowej, uważając ją jako największy postęp w zębolecznictwie zachowawczem. Wszystkie dawniejsze sposoby wypełniania korzeni, grzeszące już w założeniu brakiem ściśle określonej linji wytycznej, nie zyskały rozgłosu.

Z anatomji, a szczególnie z badań Preiswerka i innych, wiemy, iż kanały korzeniowe, zwłaszcza trzonowców górnych i dolnych, są nieraz tak wąskie i zakrzywione, że najcieńszemi igiełkami nie można wydobyć ich zawartości przy najstaranniejszem postępowaniu; tkanki tej zostaje nieraz tyle, że może to wywołać zapalenie ozębnej ze wszystkiemi wiadomemi następstwami. A dokąd igiełką dostać się nie można, tam również trudno wprowadzić jakikolwiek zalecany środek, jak: azbest, gutaperkę, pastę, parafinę, ćwieczki metalowe, folję cynową, amalgamat i wiele innych.

Inaczej rzecz się ma, gdy się zostawia miazgi nietknięte w kanałach; bywają one impregnowane trójkrezolem, działającym bakterjobójczo, a formaliną mumifikowane, co stanowi doskonały i naturalny i najpewniejszy środek leczniczy, wypełniający kanał korzeniowy.

Autor rozróżnia kilka grup kolegów. Do jednej należą tacy, na których słowo „amputacja miazgi“ działa jak czerwona chusta na rozjuszonego byka, z którymi więc umiejętnie rozprawiać trudno, lub wprost nie jest możliwe. Inna grupa kolegów przyznaje się do tej dobrej, a wypróbowanej metody, lecz tylko w pewnych wypadkach, np. przy bardzo utrudnionem wyjęciu miazgi z górnych i dolnych trzonowców, przy mlecznych trzonowcach z powodu zbyt znacznego otworu wierzchołkowgo, u pacjentów przeczulonych i zbyt nerwowych, utrudniających wyłuszczenie miazgi, lub u starszych osób wskutek zbyt ciasnych kanałów korzeniowych.

Amputację, rzec prosta, musi zawsze wyprzedzić uśmiercenie miazgi (condi tio sine qua non) arszenikiem. Przy wydrążaniu ubytku drugiego lub trzeciego dnia uważać należy, by miazgi nie zanieczyścić materjałem septycznym, spróchniałą tkanką, lub drogą narzędzi; sterylizowanym świderkiem wielkości, odpowiadającej objętości komory miazgowej, otwieramy ją, aż uwydatnią się punkty wejściowe korzeni. Ani dotykać się, ani sondować miazg korzeniowych niewolno. Komorę wymywamy ogrzanym alkoholem. Tamponikiem waty, przepojonym trójkrezolformaliną, wypełniamy komorę na dobę, następnie stosujemy pastę podług przepisu: Trikresoli 2,0; Formalini 1·0; Eugenoli 1,0; Zinci oxydati. q. s. u.

f. pasta mollis; nie może ona być zbyt miękką lub płynną, ani zbyt twardą; zamyka się ją cementem fosfatowym, poczem natychmiast ją się plombuje, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie istnieje wrażliwość przy dotknięciu zęba; w tych razach autor czeka 1—2 dni z plombowaniem aż przekrwienie ozębnej ustąpi.

Autor kończy tezami: bolesna, trudna i mozolna, zawsze w rezultacie niepewna, a więc niebezpieczna metoda wyłuszczenia miazgi korzeniowej (exstirpatio pulpae) znajdzie zastosowanie w tych wypadkach, w których bezwarunkowo musi być przeprowadzona; są to wyjątkowo te przypadki, w których kanał korzeniowy ma być użyty do obsadzenia zębów ćwieczkowych; we wszystkich innych przypadkach leczenia miazgi stosowana być winna amputacja z następnem leczeniem trójkrezolformaliną; w wyjątkowych razach wskazana jest kombinacja obydwu metod.

W dyskusji tego wykładu wielu kolegów wypowiedziało się za metodą autora, jakkolwiek kilka kwestji pod tym względem jeszcze czeka rozwiązania. Sądzić należy, iż nie znajdzie się obecnie przeciwnik tej metody, któryby jej nie stosował w tym lub innym nadającym się przypadku, szczególnie w zębach mlecznych, mądrości, u osób starszych, histerycznych lub przeczulonych, przy ciasnych zewnętrznych kanałach trzonowców górnych, a dośrodkowych korzeni trzonowców dolnych.

Referent sądzi, iż jak zwykle, prawda leży po środku, że jeszcze nie nadeszła chwila rozstrzygnięcia na korzyść jednej lub drugiej metody, że obie metody, należycie zastosowane obok siebie, jeszcze czas jakiś znajdą swoich zwolenników. *D-r. Emil Friedlender*. Drohobycz.

41) **Śmierć wskutek zepsutego zęba** (La Semaine Dentaire № 24, r. 1922). „Matin“ z dn. 22 maja 1922 r. donosi: Dyrektor „Komedji“, Casella, uległ chorobie, pozostającej w związku z zębami. Dnia 7 wyczuł ból zębów, a że był członkiem pilnym i czynnym odkładał z dnia na dzień wizytę do swego dentysty. Wskutek wzmagającego się bólu położył się do łóżka.

15 maja wezwany lekarz skonstatował anginę Ludovici (głęboką ropowicę szyi); zażądano pomocy chirurgicznej. Było za późno. Pacjent życie zakończył.

Próchnica zęba była w tym wypadku punktem wyjścia zakażenia.

Należy zawsze uważać na ropnie jamy ustnej, zwłaszcza, gdy tworzą się wokoło dolnych trzonowców.

Skoro ropa wzmaga się i dąży wgłąb' tkanki, w kierunku gardzieli, powoduje ona powstawanie ropowicy podżuchwowej — powikłanie, które Ludovic w r. 1936 nazwał „angina colli“.

Na szczęście choroba ta występuje nie tak często, lecz i wyleczenie jej rzadko się udaje.

U dzieci prawie nigdy dotąd jej nie spostzegano.

Nie należy więc lekceważyć ropni szczękowych, zapalenia dziąseł lub śluzówki jamy ustnej. Z drugiej strony — kleszcze lub nóż chirurga, aczkolwiek nie są mile widziane, ratują jednak życie.

Dr. Friedlender. Drohobycz.

41) *Heister W.* **Język mosznowy (La langue scrotale)**. (Sa Semaine Dentaire 23 r. 1922).

Wśród wrodzonych zboczeń rozwojowych języka ciekawość wzbudza tak ze względu na wygląd, jakoteż i podobieństwo do syfilitycznych zmian trzeciorzędowych na języku, t. zw. język mosznowy. Możliwe tedy są omyłki rozpoznawcze.

Dr. Vayenneville w r. 1905 po raz pierwszy opisał język taki w swej tezie doktorskiej. Język taki jest szerszv i bardziej podniesiony, barwy ciemno-czerwonej, z przerosłemi brodawkami pieńkowatemi, czyli okolonemi (papillae hypertrophicae) i o charakterystycznych brózdach, rozmieszczonych systematycznie po obu połowach. Podług Torniera język taki jest symetrycznie sfałdowany i suchy; liczne fałdy i brózdy usposabiają jego śluzówkę do ostrych zapaleń. Przy nadużywaniu alkoholu lub tytuniu śluzówka łatwo się rani i rozjątrza, a język bywa pokryty łuszczycą. Głębsze brózdy bywają nadto ulubionem miejscem dla rozwoju przymiotowych lepieży ustnych (plaque muqueuse syphilitique), bardzo opornych, mimo najintensywniejszego leczenia, zaś podług Fourniera nie tak łatwo do rozróżniania, gdy syfilis jest świeży, lub gdy datuje od dzieciństwa, a chory nie ujawnia żadnego zaburzenia; wreszcie szczeliny lub brózdy czyste bez owrzodzeń lub kłykcin sączących przemawiają za charakterystycznym językiem mosznowym ze względu na podobieństwo do moszny.

Rozpoznanie trzeciorzędowego syfilisu języka bywa trudniejsze.

Podług Fourniera konstantujemy stwardnienie i wyczuwamy przy macaniu twardość kartonu.

Etjologja tego zboczenia w odżywianiu (dystrofji) jest dotąd ciemna.

Vayenneville obwinia dnę dziedziczną, Fournier i inni przymiot dziedziczny, choroby nerwowe; język taki ma być nawet objawem epilepsji, lub następstwem krzywicy (rachitis). Żadne jednak z licznych przypuszczeń nie rozwiązuje ostatecznie kwestji.

W ostatnich latach rzucono nieco światła na tę ciemną całkiem przedtem sprawę.

Dr. Dubreuil - Chambardel de Tours skonstatował obok opisanego wyżej języka patologicznego zniekształcenie zębów tudzież przerost ślinianek i wzmożone ślinienie (ślinociek) i w przeciwieństwie do Fourniera nie suchy, lecz bardzo wilgotny język. A więc poglądy różnych badaczy

co do tego rodzaju języka są zmienne; zgodni są tylko pod tym względem, iż leczenie specyficzne nie ma żadnego wpływu na to zboczenie w odżywianiu języka.

Omawiana anomalja nie stanowi ciężkiej choroby; pamiętać jednak należy, iż zawsze stanowi ona locus minoris resistentiae pod względem zakażeń jamy ustnej i języka, które wywołać mogą stomatitis lub glossitis.

Wymagana tedy jest ścisła hygjena jamy ustnej według znanych przepisów. *Dr. Emil Friedlender.* Drohobycz.

42) *Vos Art.* (Cincinnati, Ohio). **Związek pomiędzy samozatruciem (autointoxicatio) a jamą ustną z uwzględnieniem ropocieku zębodołowego** (The Dental Summary z. 12 r. 1920; Z che Rundsch. 40 r. 1921).

Autor, zwróciwszy uwagę na funkcję fizjologiczną jamy ustnej i gardła, zaznacza, iż śluzówka pierwszej posiada również własności przyswajania (asymilacyjne resp. wchłaniania). Samozatrucie Vos uważa za stan taki, iż krew dzięki szkodliwym środkom pokarmowym ulega pewnym zmianom i ujemnie odziaływać może na określone narządy ustroju. Jako przykład tego rodzaju schorzenia, autor uważa ropociek zębodołowy. Do powstawania tegoż prócz wewnętrznych czynników szkodliwych niezbędne również są uraz oraz infekcja. *D. Kon.*

44) *Antonius E. dr. i Czeppa A. dr.* (Wiedeń). **Znaczenie procesów zakaźnych wokoło korzeni zębowych w etjologji chorób wewnętrznych** (Wiener Archiv f. innere Medizin II. B. H. 2; Zeitschrift f. Stomatologie z. 7 r. 1921).

Dwaj słuchacze Falta z III oddziału medycznego Szpitala im. Elżbiety we Wiedniu A. i Cz. przedstawili pracę, która jest dla nas lekarzy-dentystów z wielu względów ciekawą.

Podobnie, jak zapalenie migdałków spowodować może różne stany zapalne gruczołów chłonnych, chroniczny ropociek uszu i nosa, chroniczne zapalenie przydatków macicznych (Adnexerkrankgungen), tak i ropnie, np. wierzchołkowe i okołozębowe, spowodować mogą zakażenia i zatrucia organizmu.

Kwestja związku pomiędzy chorobami korzeni zębów a chorobami wewnętrznemi została przez autorów systematycznie zbadana. Bodźcem do tych badań był przypadek ogólnego zakażenia wskutek ropnia okołozębowego (górnego zęba mądrości), które zostało usunięte przez wyjęcie zęba wraz z ogniskiem zakażenia. We wszystkich przypadkach dokonano zdjęć rentgenologicznych z całej okolicy, ponieważ jedynie tylko tą drogą w zębach pozornie zdrowych, plombowanych lub zaopatrzonych w korony i mostki, ustalić można chorobę korzenia.

Z pomiędzy 25 przypadków obustronnej choroby nerek stwierdzono w 23 przyp. (92%) zmiany chorobliwe wokoło wierzchołków korzenio-

wych. W 72% z liczby 40 przyp. chorób reumatycznych lub wsierdzia (endocarditis) przyczyna tkwiła w zębach; większy procent (50%) przypada na migdałki (tonsilla), tak, iż dla powyższego rodzaju chorób większe znaczenie etjologiczne mają migdałki, aniżeli narząd zębowy.

Dalej zbadano: nerwobólu 9 przyp., z nich 6 pozytywnie związanych z zębami, 2 z chronicznem zapaleniem migdałków i zębów, chronicznem zapaleniem gruczołów i normalnym stanem zębów, przypadki gorączki septycznej, gruźlicy gruczołów, kamicy żółciowej (cholelithiasis), żółtaczki i innych chorób wewnętrznych. Ogółem zbadano 225 pacjentów, przyczem przeciwstawiona jest liczba 77 przyp. chronicznego zapalenia migdałków podwójnej liczbie przyp. ognisk zapalnych korzeni zębowych. Jeśli zapalenia migdałków uważamy za najczęstsze źródło zakażeń i zatruć, to logicznem będzie uważać bardziej częste ogniska zapalne wokoło zębów za punkt wyjścia podobnych zakażeń i intoksykacji.

Na tym punkcie przeciwstawia się internista dentyście, który pragnąłby zachować pacjentom zęby na najdłuższy okres czasu. Internista zaś we wszystkich przypadkach chorób wewnętrznych niewyraźnego pochodzenia musi żądać systematycznego zbadania zębów drogą rentgenologiczną i na zasadzie tego wymagać radykalnego leczenia wykrytych chorych zębów, czego najczęściej dokonać można jedynie drogą usunięcia tychże. *Stefanja Holiczerowa.*

45) ***Blum*** (Berlin - Wilmersdorf). **Podchloran (hypochlorid) i jego zastosowanie w praktyce dentystycznej** (Deutsche Z-che Woch. 8 r. 1921. Zeitschr. f. Stomatologie 7 r. 1921).

Preparat, zestawiony przez firmę B. Braun w Melsingen (Bez. Cassel) jest to wodny bardzo stężony rozczyn czystego podchloranu sodu (NaClo) któremu przypisują silnie przeciwgnilne własności, dzięki zawartości chloru i wydzielaniu się wolnego tlenu in statu nascendi (zwłaszcza przy ciepłocie ciała) w dodatku bez obawy o jakiekolwiek uszkodzenie tkanek.

W zetknięciu preparatu z organicznemi substancjami następuje natychmiast rozkład tychże; dlatego też byłoby niewłaściwe wprowadzenie tego środka do ubytku lub kanału zębowego przy pomocy wacika lub igły okręconej watą, bowiem zamiast podchloranu sodu zacząłby działać chlorek sodu (chlornatrium). Autor dlatego po wyłuszczeniu miazgi wprowadza do komory miazgowej kilka kropel tego płynu, przepycha go przy pomocy stępionych zębatych igieł do kanału, osusza powierzchownie kanał watą, wprowadza świeży rozczyn i powtarza czynność tę dopóty, dopóki wprowadzony płyn nie ustanie wyraźnie się pienić. Następnie osusza się starannie kanały gorącem powietrzem i rozżarzonemi igłami, poczem natychmiast wypełnia się kanał. Łatwo zrozumnieć, iż środek ten nie może mieć zastosowania przy amputacji miazgi. Natomiast przy zgo-

rzeli miazgi mamy wdzięczne pole do zastosowania preparatu, który jest bardzo zbliżony do antiforminy. Autor stosował środek ten jako płukanie przy krwawych operacjach w ustach (w miejsce silnie pieniącej H_2O_2) przy wszelkiego rodzaju stomatitis (od 10 — 13 kropel na $^1/_2$ szkl. wody). Zaleca go również pacjentom, których nie razi zapach chlorku, jako codzienne płukanie ze względów, iż podchloran sodu posiada własności rozpuszczające śluz, zobojętniające kwasy i jest względnie tani; wszelkie dodawanie jakichkolwiek substancji poprawiających smak jest w tym wypadku całkowicie wykluczone. *St. Hol.*

46) **Ogniska zakaźne**. Hart (St. Louis) mniema, jak i wielu autorów amerykańskich, iż ropnie zębowe, ziarniniaki i t. d. mogą być uważane jako ogniska zakaźne i służą jako punkty wyjścia dla różnych chorób. Jego zdaniem, nie jest możliwe jałowe zaplombowanie zdewitalizowanego zęba i w takim stanie zachowanie go. Dzięki dokładnym badaniom, zawsze stwierdzić można obecność drobnoustrojów. Autor jest przeciwnikiem uśmiercania miazgi zębowej. W przypadkach, gdy jest ono nieuniknione, zaleca usunięcie zęba i zastąpienie mostkiem. (The Dental Summary z. 12 r. 1920., Z-che Rund. 40. 1921). *Zofja Gez.*

47) **Zakażenie zębowe a choroby ogólne**. Dr. Levisohn (Toledo), omawiając sprawę związku pomiędzy zakażeniem pochodzenia zębowego a różnemi chorobami, na tem tle jakoby powstającemi, zaznacza, iż zakażenie nie jest bynajmniej tak częstem zjawiskiem, jak ogólnie mniej więcej się twierdzi. Ustalenie pewnych dowodów jest nader trudne. Przez usunięcie domniemanych zębów choroby z niemi jakoby związane bezwzględnie nie zostają jeszcze wyleczone (The Dental Summary z. I r. 1921).

48) *Kranz C. Doc.* (Frankfurt n. M.). **W sprawie etjologji i leczenia wrzodziejącego i rtęciczego zapalenia śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa i stomat. mercurialis)** (Zeitschr. f. Stomatologie nr. 12 r. 1921).

Autor podaje pogląd Willigera na zapalenie dziąseł, który określa w ten sposób, iż gingivitami nazywa on wszelkie zmiany wolnego ich brzegu i brodawek międzyzębowych. Zmiany te przeważnie zależne są od obecności osadu i kamienia nazębnego. Stomatitami zaś nazywa Williger wszelkie schorzenia zapalne i zakaźne, które obejmują również śluzówkę jamy ustnej.

Jako dowód, że powstawanie stomatitów i gingiviów znajduje się w pewnym związku z obecnością zębów i korzeni, autor zaznacza, iż nie spotykał dotychczas spraw zapalnych w ustach bezzębnych.

Stomatitis ulcerosa (wrzodziejące zapalenie śluzówki jamy ustnej) występuje zwykle w trzech obrazach: 1) jako pierwotna samodzielna choroba śluzówki jamy ustnej, 2) jako skutek zatrucia metalami (rtęcią,

ołowiem, miedzią, fosforem i t. d.), 3) jako choroba wtórna po przebytych schorzeniach (noma, szkorbut i t. d.).

St. ulc. jest to ograniczone zapalenie śluzówki jamy ustnej, charakteryzujące się powstawaniem wrzodzików, obecnością drobnoustrojów wrzecionowatych i zwykłych krętków jamy ustnej. Choroba występuje epidemicznie, przeważnie ulegają pacjenci od 20 — 30 lat; nieodzownym warunkiem powstawania jest pierwotne uszkodzenie nabłonka śluzówki.

Kranz stanowczo zaprzecza twierdzeniu Heinemanna, iż st. ulc. powstawać może drogą naczyń krwionośnych wskutek zatorów (embolji) przy nieuszkodzonym nabłonku. Przebieg kliniczny: przedewszystkiem obrzmiewają brodawki 'międzyzębowe i nabierają niebiesko-czerwonego zabarwienia; obrzmiewanie przechodzi stopniowo na śluzówkę warg, policzków, podniebienia i języka. Wytwarzają się owrzodzenia, pokrywające się lepką cieczą. Pod wpływem zarazków ukazują się wydzieliny o charakterystycznej cuchnącej woni; choroba rozpoczyna się przeważnie obok siekaczy i zębów mądrości: obejmuje okoliczne uczą̧stki warg, podniebienia i języka; ucisk na brzeg dziąsła jest bolesny; żucie utrudnione; czasami dochodzi do szczękościsku; następuje podniesienie ciepłoty. Jeżeli sprawę pozostawimy samej sobie, to może ona objąć wyrostek zębodołowy, niszczy wtedy okostną i kość, zęby wypadają, dochodzi do wydzielania się martwaków. Są to właśnie te wypadki, które Beyn opisał jako ropociek zębodołowy. Ciepłota może dojść do 40°.

Przebieg kliniczny przy stomatitis mercurialis jest podobny do wyżej opisanego przy s. ulcerosa, z tą tylko różnicą, że przy s. m. martwica kości występuje w większym stopniu.

Utarło się mniemanie, że przyczyną powstawania zapalenia śluzówki jest złe odżywianie, niehygieniczne utrzymywanie jamy ustnej, choroby ogólne, jak: szkarlatyna, odra, dur i inne, zepsute korzenie, źle wykonane plomby i dostawki, trudne wyrzynanie się zęba mądrości i t. d.

Literatura, dotycząca etjologji tych zapaleń jest ogromna, najnowsze jednak badania wykazały, że jedynej przyczyny należy się dopatrywać we współżyciu (symbiozie) krętków z drobnoustrojami wrzecionowatemi, wszelkie inne zaś podawane przyczyny są tylko czynnikami sprzyjającemi. Przytem pacjent wskutek odczuwanych bólów nie żuje, wobec czego mechaniczne oczyszczenie dziąseł jest bardzo upośledzone, a co zatem idzie, zmniejsza się znacznie odporność śluzówki jamy ustnej. Nieuszkodzona śluzówka gra ważną rolę przy powstawaniu stomatitów. Wiemy, że jama ustna, jak wszelkie inne narządy wysłana błoną śluzową, najbardziej wystawiona jest na działanie zarazków, które przenikają do jamy ustnej wraz z pokarmami, przy oddychaniu i t. d.; a jednak, gdy śluzówka jest zdrowa, nie wywołują ona żadnych schorzeń. Przeciwgnilne zaś działanie śliny jest minimalne, o czem możemy się przekonać

za pomocą probówki. Jedynym więc czynnikiem, działającym niszcząco na zarazki, jest reakcja śluzówki, a gdy ta jest zdrową i nienaruszoną zapalenie powstawać nie może.

Następnie autor przechodzi do etjologji rtęciczego zapalenia śluzówki i podaje pogląd Almquista na tę sprawę. Uważa on, że dziąsło posiada różne skrytki, w których zatrzymują się resztki pokarmów; te gniją i wydzielają siarkowodór. Produkty rozpadu działają drażniąco na śluzówkę. Powstający przy gniciu H_2S przenika przez nabłonek i sięga naczyń włosowatych. W tych ostatnich znajduje się krew, zawierająca rtęć, a wskutek działania siarkowodoru powstaje HgS — siarczek rtęci, który w postaci brązowych ziarenek osiada na ściankach naczyń włosowatych. Osad ten według Almquista działa szkodliwie na ścianki naczyń włosowatych, przedewszystkiem mechanicznie, bowiem ścianki tracą elastyczność, następnie toksycznie, gdyż trujące działanie HgS niszczy tkanki. Krążenie krwi i odżywianie tkanek okolicznych jest upośledzone i wreszcie dochodzi do obumarcia. Jest to według Almquista pierwotna przyczyna powstawania stomatitis mercurialis. Z chwilą powstania martwicy proces przechodzi w drugie stadjum infekcyjne. Główną rolę grają tu te same zarazki, które spotykamy przy st. ulcerosa, ropocieku zębodołowym, raku wodnym, a więc: krętki i b. wrzecionowate. Przeciwko tej teorji wypowiada się Sabbatani, który utrzymuje, że siarczek rtęci, występujący przy st. m. jest w tak małej ilości, że nie może być mowy, aby mógł spowodować zjawisko ziarenkowate. Tem mniej jest prawdopodobne toksyczne działanie HgS, który jest najmniej trujący ze wszystkich soli rtęci. Autor na zasadzie doświadczeń na zwierzętach dochodzi do przekonania, że główną przyczyną jest uszkodzenie śluzówki, a co zatem idzie zaburzenie funkcji tej ostatniej. Rtęć zaś, znajdująca się we krwi, gra tu tą samą rolę, co przy st. ulcerosa złe odżywianie, niehygieniczne utrzymywanie jamy ustnej i t. d., t. j. rolę czynnika sprzyjającego. Specyficzna reakcja śluzówki ma nadzwyczajny wpływ na rozrost i siłę żywotną (jadowitość) zarazków jamy ustnej.

Reakcja ta jest ściśle indywidualna, ulega osłabieniu wskutek różnych uszkodzeń, złego odżywiania, drażnienia chemicznego lub toksycznego niehygienicznego utrzymywania jamy ustnej. W każdym razie, przede wszystkiem musi nastąpić pierwotne uszkodzenie tkanek, a co zatem idzie: zmieniona reakcja śluzówki, otwarte wysięki, co stanowi najgłówniejsze czynniki, umożliwiające powstawanie zapalenia bądź to rtęciczego, bądź wrzodziejącego. W leczeniu musimy przeszkodzić wydzielaniu się surowicy krwi, aby w ten sposób pozbawić zarazki jamy ustnej najidealniejszego podłoża. Jako środek, zmierzający do tego celu, nadaje sie kwas karbolowy skoncentrowany. Posiada on działanie antyseptyczne, przenika łatwo przez tkanki, tworzy blady strup, który następnie

łatwo bez ropienia odpada, i otrzymujemy martwicę ze skrzeplinami (trombus) naczyń włosowatych; wskutek działania redukcyjnego i osuszającego wywołuje dodatni wpływ na dziąsło; działa również znieczulająco, co przy bolesnych schorzeniach jest nader pożądane.

Części owrzodzone zmywa się przedewszystkiem wodą utlenioną, następnie po przepłukaniu przez pacjenta ust letnią wodą smarujemy skoncentrowanym kwasem karbolowym schorzałe miejsca. Dopiero po 1 — 2 minutach pozwalamy pacjentowi przepłukać usta. Przepisuje się pacjentowi płukanie z wody utlenionej, a smarowanie kwasem karbolowym powtarza się codziennie, aż do zupełnego zniknięcia krwi przy nacisku na brzeg dziąsła. Następnie stosuje się mieszaninę kwasu chromowego (5%) z błękitem metylenowym (2%). Mieszanina ta potęguje działanie kwasu karbolowego. Po leczeniu zalecany jest masaż dziąsła alkoholem lub smarowanie ze spiriti argenti nitr. (5% arg. nitr. in spiriti nitrosoaether 1 : 20 według Unny). Przed leczeniem, rozumie się, winny być zęby wyleczone, korzenie usunięte. Zaraz po leczeniu szyjki zębów są zwykle obnażone, brzeg dziąsła jest równy, niema brodawek międzyzębowych; po niejakimś jednak czasie sprawa wraca do status quo ante.

W wypadkach trudniejszych, które dają nawroty, zalecane jest kontrolowanie krwi i podawanie choremu żelaza.

Michał Midler (Warszawa).

49) *Meyer Dr.* (Liegnitz) **Słów kilka o amputacji miazgi**. (Zeitschrift für Stomatologie 9. 1922 str. 507).

Autor nadmienia, iż kto jak on stosuje metodę amputacyjną dopiero od roku, to znaczy stosuje ją świadomie tam, gdzie wyłuszczenie (extirpatio) byłoby również możliwe (sposób o jakim wspomina Weisser № 7 „Zeitschrift für Stomatologie r. b.), ten nie powinien jeszcze tak prędko przemawiać za amputacją, gdyż do wydania sądu o metodzie leczenia korzeni może upoważnić tylko długoletnie doświadczenia i spostrzeżenia. Jeśli zaś jest względnie za amputacją, to dlatego tylko, że upoważniają go do tego doświadczenia nie tylko w dziedzinie amputacji, ile w dziedzinie wyłuszczenia, doświadczenia jakie prawdopodobnie robił lub zrobić może każdy kolega.

Któż z nas nie spostrzegł, iż przy zapaleniu ozębnej dolnego lub górnego trzonowca w 99 na 100 przypadków przyczyną zapalenia jest kanał korzeniowy odśrodkowy dolnych, lub też podniebienny górnych trzonowców; dalej w przypadkach bezbolesnego zapalenia ozębnej i „drzemiących“ (ukrytych) ziarniniaków stwierdzić można iż w 99 na 100 przypadków (statystyka może te dane potwierdzić) ziarniniaki znajdują się na dużych korzeniach, t. zn. na tych, z których usunięcie miazgi jest

najbardziej dostępne, zaś korzenie, z których usunięcie miazgi dla najbardziej fanatycznych zwolenników metody ekstyrpacyjnej było niemożliwe, i którzy z konieczności uciekali się do amputacji już wtedy, kiedy system ten nie był jeszcze oficjalnie przyjęty, nie ulegały zapaleniu ozębnej.

Czyż fakty te nie są dosyć wymowne i wystarczające dla poparcia metody amputacyjnej?

Wszyscy zwolennicy metody ekstyrpacyjnej powinni zwrócić na to szczególną uwagę.

Pomimo wyżej wymienionych faktów, które autor dawno sobie już uświadomił, jako uczeń Dependorfa był jednak jeszcze do niedawna gorącym obrońcą metody ekstyrpacyjnej. Dopiero nowe prace Bönneckena, Kronfelda i innych, oparte na długoletniem doświadczeniu, osłabiły konserwatywne zapatrywania autora.

Należy jednak przyjąć za pewnik to, że dla sumiennego dentysty ekstyrpacja stanowi system, którego nie powinno się tak prędko odrzucać w przypadkach zgorzeli miazgi zębów wielokorzeniowych, gdyż tylko w tych wypadkach ma ona wartość, która jednak w przyszłości prawdopodobnie ustąpi miejsca metodzie amputacyjnej w wyszkoleniu studentów. *Janina Fidelzeidówna.*

50) *Lichtwitz A. dr.* (Guben). **Przypadek śmierci wskutek zatrucia arszenikiem po zastosowaniu w zębie.** (Z-che Rund. 40 r. 1921).

W № 36 „Deutsche Medizinische Wochenschrift" (z dn. 8/9 1921 r.) Neugebauer opisał przypadek zatrucia arszenikiem.

Pewien lekarz-dentysta celem uśmierzenia sobie bólu w dolnym trzonowcu włożył o godzinie 7-ej wieczorem opatrunek z pasty arszenikowej i udał się na miasto. Bóle ustąpiły; pacjent zapomniał zupełnie o chorym zębie. Około godziny drugiej w nocy chory poczuł się źle i wrócił do domu. W drodze zauważył, iż w zębie niema opatrunku, który został założony przez niego dosyć starannie; doszedł do wniosku, iż ostatni został połknięty wraz z pokarmem; nie zwrócił jednak na ten szczegół specjalnej uwagi. Nieco później w nocy wystąpiły wymioty i męcząca biegunka oraz uczucie osłabienia, wskutek czego następnego dnia pacjent pozostał w łóżku.

Po obiedzie do chorego został wezwany Neugebauer; znalazł pacjenta w stanie dość silnego wstrząsu (collaps); twarz i członki zimne, barwy lekko ziemnistej, pokryte lekkim potem; tętno ledwo wyczuwalne, wymioty, uczucie silnego pragnienia, biegunka, silne bóle wewnętrzne, szczególnie w prawej górnej części brzucha; świadomość zupełna; chory mógł opowiedzieć Neugebauerowi przebieg zabiegu z arszenikiem. Pacjent wyraził przypuszczenie, iż stan jego ma związek z połknięciem za-

łożonej do zęba pasty arszenikowej, przytem zaznaczył, że z pasty, której skład był następujący:

Acidi arsenicosi 3,0
Cocaini muriat. 2,0
Acidi carbol. q. s. ut fiat pasta

wziął do opatrunku ilość, odpowiadającą wielkości grochu (? !).

Na zasadzie powyższego nie trudno było ustalić rozpoznanie: zatrucie arszenikiem. Natychmiast zastosowano odpowiednie przeciwśrodki. W ciągu nocy obraz zatrucia znacznie się rozwinął. Należało zastosować morfinę; bóle w okolicy wątroby, górnej części brzucha i łydkach; chory przestał oddawać mocz; wymioty i biegunka ustały, natomiast wystąpiły silne pragnienie, chrypka, skrzepliny (thrombosis) naczyń włosowatych, osłabienie krwiobiegu. Objawy powyższe były bardzo podobne do objawów cholery. Chorego przewieziono zo szpitala, lecz mimo energicznego zastosowania śródżylnie, podskórnie i per rectum soli kuchennej nie udało się usunąć słabnącego krwiobiegu, ani trucizny. Prócz tego, do powiększającego się osłabienia przyłączyły się osłabienie świadomości i lekkie majaczenie. Po upływie 4 dni chory zmarł.

Neugebauer starał się zbadać, ile arszeniku, kokainy i kwasu karbolowego przedostało się z opatrunku do żołądka.

W tym celu kazał on spreparować pastę i zważyć ją. Następnie z tej pasty oddzielono cząsteczkę wielkości grochu i obliczono, ile w niej znajduje się arszeniku, kokainy i karbolu. Całkowita pasta ważyła 6,3 g., kuleczka wielkości grochu ważyla 0,24 g. Następnie z całej pasty zrobiono takich 26 kuleczek, a taka jedna kuleczka została założona do zęba. Waga poszczególnych składników kulki wynosiła:

Acidi arsenic. 0,1154
Cocaini muriat. 0,075
Acidi carbol. 0,05

Maksymalna dawka pasty arszenikowej, zużytej na jeden opatrunek, powinien być następujący:

Acidi arsenic. 0,005
Cocaini muriat. 0,05
Acidi carbol. 0,1

Jeśli porównamy dawkę, zużytą przez chorego, z maksymalną dawką, otrzymamy następujący wynik:

ilość arszeniku była 23 razy większa
„ kokainy — podwojona
„ karbolu — o połowę mniejsza.

Wobec powyższego wyliczenia nic dziwnego, iż zatrucie to zakończyło się śmiercią.

Neugebauer wyraża przypuszczenie, że nawet najstaranniej założony

opatrunek z zęba wysunąć się może i przedostać wraz z pokarmem do żołądka. Używanie w jamie ustnej tak silnie działających środków, mimo dodatniego działania, jest słabą stroną zębolecznictwa, dlatego też powinno się zastąpić je środkami mniej trującemi, np. kokainę przez nowokainę. Pozatem powinno się ostrzedz pacjenta przed możliwością połknięcia podobnego opatrunku.

Winniśmy wdzięczność Neugebauerowi za jego pracę w tym kierunku, lecz musimy przyznać, że całe to badanie i wyciągnięte zeń wnioski mają fałszywą podstawę i dlatego są niezgodne z rzeczywistością.

Neugebauer został źle poinformowany przez dentystę, który przypłacił życiem niewłaściwy zabieg, gdyż pasta arszenikowa została założona do zęba w sposób, sprzeciwiający się wszelkim zasadom nauki, a dentysta ów był chyba jedynym, który zużył tyle pasty do jednego opatrunku. Powinno się brać ilość, odpowiadającą nie wielkości grochu, lecz wielkości łebka od szpilki, przyczem kokainę można zastąpić nowokainą.

Skład pasty arszenikowej, której Lichtwitz używał jest następujący:

Acidi arsenic. 1,0
Novocaini et Morphii mur. aa. 0,5
Acidi carbol. q. s. ut. fiat pasta.

Niektórzy autorzy, jak np. w ostatnich czasach Lipschitz, nadmieniają wyraźnie, iż ilość pasty powinna się wahać od $1/2$ do całej wielkości łepka od szpilki.

Walkhoff wypowiada się z mniejszą dokładnością, lecz dosyć wyraźnie pisząc, że wystarczy założyć bez ucisku pod dobrem zamknięciem „maleńką ilość arszeniku".

Peckert pisze: przy dużych ubytkach, np. w trzonowcach, tamponik z pastą może być wielkości łepka od szpilki, w pozostałych wypadkach winien być daleko mniejszy, zaś ilość pasty wielkości grochu wystarczyć może dla zabicia wołu.

W tem miejscu autor zaznacza, iż nie będzie mówił o działaniu arszeniku, zaznacza tylko, iż kuleczka pasty wielkości małego grochu ważyła 0,24 g., podczas gdy ilość tejże przy wielkości łepka od szpilki waży 0,01 g. Wówczas maksymalna dawka dla arszeniku nie jest przekroczona, zaś ilość kokainy i karbolu nawet mniejsza od dawki maksymalnej; połknięcie jej nie może być dla pacjenta niebezpieczne.

Ponieważ wydaje się rzeczą nieprawdopodobną, aby móc szczelnie zakryć cementem opatrunek wielkości grochu, musimy przyjąć za pewnik, że w powyższym wypadku opatrunek od samego początku nie był szczelnie zamknięty, i, gdyby nawet nie został połknięty, arszenik przedostałby się również do żołądka. Przytem nie jest wskazanem, aby lekarz-dentysta sam sobie zakładał opatrunki z silnie działających środków,

które wymagają szczelnego zamknięcia; nadto zabieg we własnej jamie ustnej przedstawia trudności, które możemy ominąć, zwracając się o poradę do kolegi.

Gdyby autor chciał tu wytłumaczyć, jakie powody skłoniły go do zarzucenia pasty arszenikowej, zajęłoby to za wiele miejsca, dlatego też omija ten punkt w niniejszej pracy.

Należy podkreślić lekkomyślność pacjenta, który wezwał lekarza dopiero nazajutrz po obiedzie, chociaż należy wątpić, czy natychmiastowa pomoc pomogłaby.

Autor w końcu porusza sprawę, którą Neugebauer przemilczał: czy powyższy wypadek należy zaliczyć do wypadków nieszczęśliwych? Na to odpowiada, że w podobnym wypadku lekarz-dentysta bezwzględnie ponosi winę i zasługuje na karę, zaś w powyżej opisanym, gdzie pacjent i lekarz są w jednej osobie — podobne oskarżenie upada.

Janina Fidelzeidówna.

Wiadomości pomniejsze i wskazówki praktyczne.

11) **Pierwotny wrzód przymiotowy górnej wargi.** Na posiedzeniu lekarzy wojsk. Szpitala Mokotowskiego, odb. w dn. 27/I r. 1921, dr. Matuszkiewicz m. in. omówił przyp. pierwotnego przymiotu górnej wargi z olbrzymiemi gruczołami podszczękowemi. Inne gruczoły chłonne również powiększone, lecz w mniejszym stopniu. Na ciele różyczka („Lekarz Wojsk." nr. 18 r. 1921).

12) **Rzadka anomalja.** Na posiedz. Koła nauk.-lek. ,lekarzy wojsk. Ziemi Kujawsko-Mazowieckiej, odb. w marcu r. 1920 w szpitalu wojsk. we Włocławku, kap. lek. dr. Goldberg przedstawił pacjenta, ochotnika l. 22 z całkowitą wargą zajęczą (cheilognatho-palatoschisis) oraz z rzadką nienormalnością — *symetrycznie ułożonych gruczołów ślinowych z ujściem w dolnej wardze*. („Lek. Wojsk." nr. 31 r. 1920).

13) **Przypadek spóźnionego wyrzynania się dwu lewych dolnych dwuguzkowców** u 72-letniego mężczyzny opisuje Wailis-Dary (La Sem. Dent. 3/9 1921).

14) **Ostrożnie z nacięciami dziąsła przy utrudnionem wyrzynaniu się zębów.** Dalton ostrzega przed wykonaniem tego zabiegu „profilaktycznego", który zbyt często bywa stosowany; zabieg ten, zdaniem autora, więcej szkodzi, aniżeli skutkuje (Dent. Sum.; Z-chne R. 7.1921 r. XXV).

15) **Anaesthelicum do zastosowania przy przecinaniu ropni:** Acidi carbolici crystal., Mentholi, Cocaini muriatici ana 1,0 — DS. Do posmarowania śluzówki. Ostrożniel (Z-che Rundsch. 5 r. 1922).

16) **Przepisy na wosk do modelowania:**

a) Żółtego wosku 100 części, terpentyny modrzewiowej 130 części, szmalcu wieprzowego 65 cz., glinki (bolus) 725 cz.; masę tę wlewa się do letniej wody i ugniata dopóki nie utworzy się plastyczna masa.

b) Wosk do modelowania letnią porą: białego wosku 20 cz., terpentyny 4 cz.; ol. sesami 1 cz., cynobru 2 cz.

c) Wosk do modelowania zimową porą: wosku białego 20 cz., zwyczajnej terpentyny 6 cz., ol. sesami 2 cz,, cynobru 2 cz.; przygotowania jak pod lit. *a*.

Do zalewania zębów i wogóle do wymodelowania wykrojów woskowych, zwłaszcza przy większych i całkowitych protezach, bardzo dobrze nadaje się zwyczajna parafina; przylega ona dobrze do zębów, jest dość twarda, łatwo wygotowuje się w ciepłej wodzie, nie pozostawia osadu; w porównaniu z woskiem parafina jest znacznie tańsza.

17) **W celu ochrony miazgi zębowej od drażnienia przez cement** należy przed założeniem plomby wypędzlować dno ubytku próchnicowego balsamem kanadyjskim (balsamum canadensis), a następnie wcisnąć za pomocą waty skrawek listka ołowianego (cynfolji).

Zebr. Zofja Gezundheitowa.

Związek zawodowy lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem.

I.

Zarząd Rady Głównej.

(Od lipca 1920 do 15 marca 1922 r.).

W okresie sprawozdawczym Związek rozwijał coraz bardziej swą działalność pomimo niesprzyjających warunków. Złożyło się na to wiele czynników, a przedewszystkiem bieg wypadków historycznych. Dziedzina życia, którą Związek objął, leżała w czasach przedwojennych odłogiem. Wszystko trzeba było dopiero tworzyć, walczyć o każde uprawnienie, zarówno z opinją publiczną, jak i z biernością samych lekarzy-dentystów. Pierwszem więc zadaniem Związku było wytrącenie ogółu kolegów z jego stanu bierności. Praca w tym kierunku wydała wynik pomyślny, bowiem w dn. 15 marca 1922 roku Związek liczył już 638 członków, zorganizo-

wanych w 11 oddziałach, a mianowicie: Oddział Warszawski liczył członków 320, Łódzki — 139, Białostocki — 46, Zagłębia Dąbrowskiego — 26, Ziemi Radomskiej 21, Lubelski — 22, Częstochowski — 19, Kaliski — 18, Zamojski — 11, Włocławski — 9, Piotrkowski — 6. Prócz powyższych oddziałów w okresie sprawozdawczym do Związku należały przejściowo oddziały: Wielkopolski, Kielecki i Pułtuski (zwinięty wskutek wyjazdu niektórych kolegów).

Praca zarządu Związku w kierunku uregulowania stanowiska lekarzy-dentystów i dentystów obejmowała w okresie sprawozdawczym szereg różnych spraw. Praca ta jednakże mogła się rozpocząć dopiero po spełnieniu obowiązków obywatelskich, związanych w r. 1920 z obroną kraju podczas najazdu bolszewickiego. Sprawy zawodowe siłą rzeczy musiały być odłożone. Zarząd Rady Głównej Związku wystosował odezwę do kolegów, aby w myśl odezwy Naczelnika Państwa wzięli udział w powszechnej służbie narodowej. W związku z tem zarząd polecił oddziałom zorganizowanie bezpłatnej pomocy dentystycznej dla wojskowych. Ogół członków Związku, jak wykazują sprawozdania poszczególnych oddziałów, nie szczędził sił i mienia.

Po ustaniu działań wojennych nastąpił czas na pracę pozytywną w kierunku zrealizowania szeregu postulatów zawodowych. Pomimo licznych przeszkód, z których największą było rozbicie naszego ruchu zawodowego i związana z tem zjawiskiem niejednolitość poczynań, zarządowi Rady Głównej powiodło się rozwiązać pomyślnie szereg palących kwestji. Załatwiono w sensie pomyślnym, przy wybitnym współudziale „Kroniki Dentystycznej“ sprawę polepszenia stanowiska lekarzy-dentystów w wojsku, wywalczywszy dla nich etaty do szarży pułkownika włącznie. Następnie skierowano do Sejmu memorjał w sprawie reformy studjów dentystycznych, na który zresztą odpowiedź jeszcze nie nadeszła. Sprawa jednak została pomyślnie załatwiona dzięki konferencjom z d-rem Meissnerem, dyrektorem Państwowego Instytutu Dentystycznego. Rezultatem tych konferencji było wprowadzenie w życie szeregu postulatów Związku. Sprawę reformy studjów dentystycznych ostatecznie rozstrzygnięto w sposób racjonalny, odpowiadający potrzebom Państwa, społeczeństwa i zawodu (rozporządzenie Min. W. R. i O. P. i Min. Zdr. Publ. z dnia 7. I. 1922 r.).

Wykonywując uchwały Zjazdu delegatów do Rady Głównej z czerwca 1920 roku, zarząd Rady Głównej opracował i wydał drukiem 4 wewnętrzne regulaminy Związku (Sąd Koleżeński, Komisja Rewizyjna, Komisja Etyczno-Zawodowa, przepisy, dotyczące ogłoszeń i znaków, minimalną normę opłat oraz wskazówki dla pacjentów i in.). Druki te rozesłano członkom Związku.

Opracowano też projekt statutu Kasy wzajemnej pomocy przy

Związku. Wystosowano protest do wszystkich klubów sejmowych, do komisji prawniczej Sejmu i do Min. Zdr. Publ. przeciwko projektowi zaliczenia lokali lekarzy - dentystów do kategorji lokali przemysłowych w związku z nowelą do Ustawy o ochronie lokatorów.

Wreszcie na życzenie poszczególnych oddziałów zarząd Związku interwenjował u władz w różnych kwestjach z wynikiem przeważnie pomyślnym.

Jedną z najważniejszych spraw była kwestja ustawodawstwa dentystycznego. Zarząd Rady Głównej opracował projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarsko - dentystycznej oraz ustawę o Izbach lekarsko-dentystycznych (projekty te przedłożono II walnemu zebraniu delegatów do Rady Głównej w marcu 1922 r.).

W myśl uchwał Zjazdu delegatów w 1920 r. „Kronika Dentystyczna" uznana została za organ subsydjowany przez Związek drogą jednorazowej obowiązkowej wpłaty 100 mk. od każdego członka Związku. Gdy jednak ten środek okazał się niedostatecznym, zarząd Rady Głównej Związku zarządził wpłacanie po 1000 mk. od każdego członka Związku.

II.

Oddział Warszawski.

(Od 9 maja do 31 grudnia 1921 r.).

Na walnem zebraniu rocznem Oddziału Warszawskiego dnia 9 maja 1921 r. został wybrany zarząd (obecnych było 195 członków), który ukonstytuował się, jak następuje: prezes — Pawłowski, wiceprezes — German; sekretarz — Dessau, zastępca sekretarza — Pasmantier; skarbnik — Klein; gospodarz lokalu — Barylski; członkowie zarządu: Neufeld, Zawidzki, Karnibad. Przedpełski i Ujejski.

W okresie sprawozdawczym zarząd odbył 20 posiedzeń i zwołał 6 zebrań administracyjnych i naukowych, na których referaty wygłosili: German, Heistwer, Karnibad, Gombiński, Kon Feliks i Ujejski. Utworzono komisje, które dzięki swej owocnej pracy wielce przyczyniły się do rozwoju Oddziału. W bieżącym okresie liczba członków wzrosła z 236 do 310, natomiast ubyło tylko 2 członków. Zarząd w swojej działalności dążył do podniesienia stanowiska społecznego zawodu dentystycznego, co też częściowo się już udało. Do zarządu zwracały się władze municypalne, sądowe, ministersterstwo skarbu, Kasa chorych i wiele innych instytucji, do których zarząd delegował swoich członków jako rzeczoznawców, celem informacji i współpracy w najrozmaitszych sprawach. Z prośbą o rozstrzygnięcie zatargów zwracali się poszczególni pacjenci, co też zarząd w miarę sił i możności wypełniał.

Zarząd wspólnie z Radą Główną wysłał delegację do Sejmu w sprawie ochrony lokatorów i złożył obszernie umotywowany protest do wszystkich klubów sejmowych co do zamierzonego skasowania ochrony lokatorów dla przedstaw. zawodu dentystycznego.

Zarząd przyjmował udział w pracach Komisji podatku dochodowego i starał się jaknajsprawiedliwiej rozłożyć wysokość podatku dochodowego. Ostatnio z inicjatywy członków Oddziału zarząd zajął się zorganizowaniem kursów uzupełniających z różnych dziedzin dentystyki.

Różne komisje ukonstytuowały się jak następuje: 1) *sąd koleżeński*: Pawłowski, German, Kleinowa, Laterner, Bergor; 2) *kom. etyczno-zawodowa:* Neufeld, Dessau, Ujejski, Sachs, Berylski, Bielińkinówna; 3) *kom. bibljoteczna*: Neufeld, Gombiński, Chawin, Kelterówna; 4) *kom. gospodarcza:* Taubenhaus, Silberbogen, Dessau, Bloch, Borensztejnówna, Fidelzeidówna, Mersonówna, Gombiński, Czelin, Kelterówna, Konówna, Isersonówna, Wisenfeld, Owczarek i Lewinówna.

W pierwszym rzędzie podkreślić należy owocną działalność Kom. Gosp., która rozpoczęła swą pracę 30-go czerwca 1921 r. i do końca swej kadencji odbyła 28 posiedzeń. Dni sprzedaży miała 30; z początku 1 raz tygodniowo — w czwartki, potem zaś dla wygody członków 2 razy w tygodniu — poniedziałki i czwartki, o czem przy okazji przypominamy kolegom.

Zakres działalności Kom. Gosp. można rozdzielić na kilka części, a mianowicie:

1) materjały dentystyczne, zakupywane przez komisję za gotówkę, sprzedawane niżej cen rynkowych;

2) środki lecznicze jak: formalina, arszenik, rtęć, jod, spirytus i t. p.;

3) środki opatrunkowe;

4) artykuły pierwszej potrzeby; kom. zajęła się repartycją herbaty, cukru, kartofli, mydła, obuwia i t. p.

Dział opałowy w roku sprawozdawczym zakupił więcej niż na $2\frac{1}{2}$ miljona mk. węgla i ułatwił zrealizowanie kart węglowych.

Komisja Gospodarcza weszła w kontakt z hurtownikami artykułów dentystycznych, nabywając je po cenach hurtowych. Sprzedając artykuły te po niższych cenach, Komisja tem samem reguluje ceny rynkowe. Mając na celu spopularyzowanie powstającej kooperatywy koleżeńskiej przy Związku Komisja, ułatwia nabycie artykułów dentystycznych i innych wszystkim członkom Związku, miejscowym i zamiejscowym bez względu na to, czy są udziałowcami, czy też nie, doliczając pewien tylko % na poczet wkładów.

Na skutek szczupłości lokalu i niewielkiego kapitału obrotowego Kom. Gosp. nie może rozwinąć szerszej działalności; pomimo to gromadzi zapasy nowych materjałów. Komisja dąży do utworzenia Centralnej

Kooperatywy, która mogłaby obsłużyć wszystkich zrzeszonych w Związku kolegów, dąży do wielkich obrotów, chcąc przysporzyć Związkowi jaknajwiększych funduszów, dążąc tem samem do jego rozwoju.

W ostatnich czasach dział teatralny rozwinął energiczną działalność, i wielu kolegów korzysta z ulgowych biletów teatralnych do wszystkich teatrów.

Kapitał Komisji składał się z 1000-markowych składek i 4000-nych dodatkowych stosownie do uchwały ogólnego zebrania, odbytego dnia 21/X 1921 r.

Kom. Gosp. w roku sprawozdawczym już nawiązała stosunki z pierwszemi źródłami i nadal po tej drodze kroczyć będzie, aby zadowolić swych konsumentów.

Komisja Bibljoteczna dnia 14 maja ustaliła dyżury w księgozbiorze i w przeciągu tego czasu, t. j, do końca roku, wypożyczyła kilkudziesięciu kolegom wiele książek. Bibljoteka zawiera siedemdziesiąt kilka egzemplarzy własnych, również korzysta z wypożyczonego Księgozbioru Towarzystwa Odontologicznego.

Kom. Bibljot. z funduszu zebranego nabyła sporo książek i prenu meruje czasopisma dentystyczne.

Kom. Etyczno-Zawodowa rozwinęła w roku sprawozdawczym energiczną działalność, celem unormowania stosunków między kolegami; rozpatrzyła szereg spraw o charakterze nieetycznem; rozesłała okólnik do wszystkich członków Związku o ścisłem zastosowaniu się do regulaminu Komisji. Skomunikowała się z Radą Główną, celem ujednostajnienia swej działalności z oddziałami na prowincji i jest zajęta urzeczywistnieniem ankiety, która wyjaśni wiele spraw spornych i dopomoże do polepszenia stosunków tak między kolegami, jak i między różnemi stowarzyszeniami zawodowemi, jak również między naszym zawodem a sferami miarodajnemi.

W sprawie „Kroniki Dentystycznej“ zarząd komunikuje, iż wobec braku funduszów i należytego poparcia ze strony kolegów redakcja zmuszona jest opóźniać wydawanie numerów. Przeto zarząd usilnie prosi Sz. Kol. o bezwarunkowe zastosowanie się do okólnika nr. 6 Rady Głównej i o jaknajszybsze uregulowanie należności na fundusz wydawniczy, który ogranicza się nietylko do popierania *Kroniki*, lecz ma też na celu popieranie różnych innych wydawnictw zawodowych.

Zarząd zapronował podnieść składkę do wysokości mk. 6.000 rocznie w tem mniemaniu, iż będzie w możności zwolnić koiegów w przeciągu roku następnego od wszelkich naddatków.

III.

Kasa wzajemnej pomocy.

Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich w maju r. b. rozpoczęła 14-ty rok swego istnienia. Dążąc do rozszerzenia swojej działalności, Kasa w latach 1913 i 1918 zorganizowała wzajemne ubezpieczenia na wypadek choroby w postaci „Kasy Chorych" i pomoc na wypadek śmierci jako „Fundusz pośmiertny",

W czasie zawieruchy wojennej Kasa rozwinęła szeroką akcję niesienia pomocy materjalnej swoim członkom i uruchomiła sklep współdzielczy, który zaopatrywał tychże w materjały opałowe i artykuły pierwszej potrzeby.

Dalej przyjmowała czynny udział w okazywaniu bezpłatnej pomocy dentystycznej rezerwistkom, wojskowym i powracającym do Ojczyzny legjonistom, współdziałając w organizacji bezpłatnej pomocy dent. dla biednych dzieci m. st. Warszawy.

Z chwilą powstania Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem zarząd Kasy zakrzątnął się około uruchomienia podobnej instytucji przy Związku. W tym celu w końcu r. 1920 i w 1921 zarządy Kasy i Związku odbyly cały szereg posiedzeń, celem ułożenie statutu przyszłej Kasy, wzorując się na statucie istniejącej Kasy z uwzględnieniem potrzeb chwili bieżącej. Statut w dniu 26 marca r. b. prze Zjazd delegatów Rady Głównej Związku lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem został zatwierdzony. Obecnie skierowany został do odnośnej władzy.

Rzecz prosta, do chwili utworzenia nowej instytucji przy Związku istnienie Kasy wzajemnej pomocy odontologów polskich jest konieczne.

W dn. 21 kwietnia r. b. odbyło się ogólne zebranie członków Kasy w lokalu Związku (Ś-to Krzyska 15).

Komisja rewizyjna stwierdziła, iż w dniu 1 stycznia 1922 r. Kasa liczyła 136 członków. Składka w roku 1921 wynosiła mk. 1400. Wpływów było mk. 210.720 fen. 35. Wydatków: a) zapomóg jednorazowych mk. 12.300, b) 6-ciu członkom Kasy za 36 tygodni choroby wypłacono mk. 32.100 ubezpieczenia i c) wydatków handlowych mk. 4.922; razem wydatków mk. 49.322, a zatem wpływy przewyższają wydatki o mk. 161.398 f. 35. Majątek Kasy stanowi: kapitał zasobowy mk. 3.148,19; obrotowy — mk. 52.732 f. 40; rezerwowy — mk. 4.839; fnndusz do dyspozycji zarządu mk. 5.525; Kasa Chorych mk. 38.707 f. 30 i Fundusz pośmiertny mk. 79.764 f. 96, razem mk. 184.716 f. 93. Uchwalony został budżet na sumę mk. 659.729 f. 74. Składkę podniesiono do skali składki przyszłej Kasy, t. j. mk. 4.400, dzieląc tę sumę na następne pozycje: a) składki członkowskiej mk. 600, b) na rzecz Kasy Chorych mk. 2.000 i c) na Fundusz pośmiertny mk. 1.800.

Stosownie do tych składek ustanowione zostały sumy maksymalne: a) pożyczek mk. 30.000, b) z Kasy Chorych za każde 6 tygodni mk. 30.000 i c) z Funduszu pośmiertnego mk. 60.000.

Zarzuty stawiane Kasie, iż „nic nie czyni“ i „nic nie daje“, nie są słuszne; czynią to ci koleddy, którzy Kasy unikają, na ogólne zebrania przychodzić nie raczą i życiem korporacyjnem wogóle się nie interesują. Prawda, sumy z tytułu różnych pozycji Kasy wypłacane są na obecne czasy nikłe, lecz Kasa działa w ramach, przewidzianych przez statut i udziela tyle, ile czlonkowie jej udzielają.

Im więcej Kasa przy Związku będzie liczyła uczestników, tem sumy zwrotne będą większe i pomoc realniejsza.

Odgłosy.

I.

Taryfa czy wolna umowa?

Podług § 80 ustęp. II Niemieckiej ordynacji (t. j. ustawy) procederowej (przemysłowej) w pierwszym rzędzie miarodajną jest w sprawie opłat za czynności lekarskie zasada *wolnej umowy*.

A więc: *przedewszystkeim pacjenta obowiązuje umowa, którą zawarł z lekarzem*. W drugim rzędzie dopiero przychodzi: *taryfa*.

Kiedy zachodzi wypadek obowiązywania taryfy? Wówszas, gdy lekarz z pacjentem nie zawarł umowy, a, zdaniem tegoż, lekarz za czynności swoje pobrał zbyt wygórowaną należność.

A więc w razie sporu! Czy jest to jednak dostateczny powód do ustanawiania taryfy?

Kwestja ta została zbadana z iście niemiecką dokładnością w Prusiech w tych latach, które poprzedzały wydanie „Taryfy dla aprobowanych lekarzy i lekarzy-dentystów“, datowanej dn. 15 maja 1896 r.

Wiadomo, że Prusy tworzą zlepek częścią dziedzicznych, częścią zdobytych krajów. Stosunki na Zachodzie oczywiście radykalnie różnią się od stosunków na Wschodzie. Rzeczą tedy było naturalną, że sprawa taryfy, skoro weszła na porządek obrad, została gruntownie omówiona. Do r. 1896 istniały w różnych prowincjach Prus najróżniejsze stosunki. W jednych obowiązywały taryfy lekarskie z lat 1816 do 1840 i któregoś, w innych zaś taryfy wogóle nie było.

Koła lekarskie zgodne były co do jednego: ażeby wszystkie przestarzałe taryfy znieść. Niezgodne były natomiast już co do zasadniczego pytania, czy ogłosić nową taryfę lub zupełnie tego zaniechać? A koła,

zgodne co do potrzeby taryfy, prowadziły spór o to, czy należy dla całego kraju wydać ogólną jednolitą taryfę, czy też inaczej — pójść podług prowincji, t. j. ażeby prowincje, różniące się pod względem warunków ekonomicznych, zarobkowych i społecznych, różne otrzymały taryfy.

Chcąc należycie wysondować opinję kół zainteresowanych, rząd pruski dnia 19 listopada r. 1892 wydał polecenie do naczelnych prezesów prowincji, aby zbadali opinje Izb lekarskich i przesłali rządowi orzeczenia tychże wraz z własną opinją.

Polecenie to zawierało 3 pytania:

1) czy celowem byłoby ogłoszenie dla całej monarchji jednolitej taryfy, czy też wskazane jest wydanie osobnej taryfy dla poszczególnych prowincji z uwzględnieniem wszelkich warunków lokalnych: wsi, małych, wielkich i największych miast włącznie;

2) czy zalecane jest ogłoszenie taryfy, która ustaliłaby tylko najniższą opłatę lub też najniższą i najwyższą;

3) z jakiego punktu widzenia należy traktować sprawę kosztów przejazdu i straty czasu w tych przypadkach, w których lekarz zmuszony jest odbyć dłuższy przejazd do chorego, oraz sprawę opłaty za czynności lekarskie w tych razach.

Cztery lata trwały badania i dochodzenia, których rezultatem była wspomniana powyżej taryfa z dn. 15. II 1896 r. Taryfa wydana została na podstawie faktów, iż większość Izb lekarskich oświadczyła się za wydaniem:

1) taryfy jednolitej,

2) taryfy ustalającej opłatę wdół i wzwyż.

Norma opłaty kosztów przejazdu została szczegółowo opracowana. Nie podaję jej tu, bowiem sprawa ta nas lekarzy-dentystów mniej obchodzi. Oto praktyczna pdpowiedź na pytanie, czy taryfa jest potrzebna.

A jakie były jej motywy: ochrona i zabezpieczenie wobec prawa, równie korzystne dla społeczeństwa i lekarza.

Zdaje się, że w obecnych nienormalnych czasach my ten właśnie moment najlepiej rozumiemy i odczuwamy. Toż cały kraj woła o ustalenie norm prawnych, o ochronę i zabezpieczenie prawne. Wiadomo, że i wahający się kurs marki polskiej olbrzymią odgrywa rolę na stosunki w naszym zawodzie. Brak ochrony prawnej co do naszych wierzytelności czyni stosunki te bardziej niepewnemi.

Poruszam sprawę tę publicznie po pierwsze dlatego, iż jedna z dzielnic Polski posiada taryfę dawną prnską, inna, t. j. b. Kongresówka nie ma żadnej, jeżeli za taryfę nie mamy liczyć jakiegoś dawnego carskiego ukazu, po drugie dlatego, że lekarze-dentyści wielkopolscy wystąpili do Min. b. Zaboru Pruskiego z wnioskiem o wydanie nowej taryfy, załączając projekt tejże.

Zaznaczam, że projekt ten nie jest oryginalny, t. j. nie jest własnym pomysłem lekarzy-dentystów wielkopolskich. Jest on opracowany na podstawie nowej taryfy niemieckiej, wydanej we wrześniu 1920 r. zamiast dawnej pruskiej.

Taryfy te znacznie się różnią między sobą. Nowa uwzględnia rozwój i wyspecjalizowanie się dentystyki aż do ostatnich lat, tak że zawiera 58 punktów, dawna taryfa obejmowała tychże tylko 22. Zaznaczę, iż jeden punkt wzmiankowanej taryfy lekarze-dentyści wielkopolscy dodali od siebie, mianowicie, żądanie wyższych opłat za leczenie członków Kas Chorych, którzy opłacają wyższe składki. Nadto opracowane zostały zmiany, poczynione w niemieckiej taryfie przez Senat Gdański.

Można o projekcie wielkopolskim bodaj to powiedzieć, że zawiera za przykładem niemieckim uwzględnienie nieomal wszystkich czynności lekarzy-dentystów i ustala za nie specjalne opłaty.

Naczelnej atoli zasady projekt ten nie znosi, t. j. w razie istnienia umowy pierwszeństwo tejże się należy.

Projekt.

Projekt przedstawiony Ministerstwu b. dzielnicy pruskiej do zatwierdzenia brzmi jak następuje:

§ 1. W razie sporu, spowodowanego brakiem umowy, przysługują lekarzom-dentystom, uprawiającym zawód swój na obszarze b. Dzielnicy Pruskiej, opłaty według przepisów następujących:

§ 2. O ile specjalne trudności zabiegu lekarskiego względnie okres zużytego czasu nie usprawiedliwiają do pobierania opłaty wyższej, stosuje się normę najniższą do osób istotnie niezamożnych oraz wówczas, gdy opłata pochodzi z funduszów państwowych, komunalnych, instytucji dobroczynnych, kas chorych, kas oszczędnościowych, lub kas zastępczych tychże.

§ 3. Do członków Kas Chorych, opłacających roczną składkę wyżej, aniżeli 7500 mk. (łącznie z udziałem pracodawcy), stosuje się jako opłatę na ciężar Kasy Chorych trzykrotną najniższą opłatę.

§ 4. W innych wypadkach wysokość opłat należy obliczać w granicach, oznaczonych według specjalnych okoliczności każdego poszczególnego wypadku, według rodzaju i trudności wykonania zabiegu, według stanu majątkowego płatnika, warunków miejscowych i t. d.

§ 5. Za czynności, nie objęte niniejszą taryfą, należność zostaje uiszczona zgodnie z tem, co przyznano za tego rodzaju czynności.

§ 6. Rozporządzenie w przedmiocie taryfy opłat dla aprobowanych dentystów z dn. 28 lipca 1921 r. (27 Ust. № 67 par. 436 w 21) zostaje uchylone.

§ 7. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje od dnia 1 grudnia 1921 r.

Opłata dla lekarzy-dentystów.

1. Za zbadanie jamy ustnej, udzielenie porady oraz przepisanie lekarstwa:		
a) w domu lekarza-dentysty	mk.	400 — 4.000
„ „ „ w nocy (od 6 w. do 9-ej rano)	„	800 — 6.000
b) w mieszkaniu chorego wizyta	„	600 — 6.000
„ „ „ „ w nocy	„	1.200 — 12.000
c) za poradę przez telefon	„	300 — 2.000
„ „ „ „ w nocy	„	800 — 4.000

Poradę względnie wizytę likwiduje się według 1a i 1b obok poszczególnej czynności z wyjątkiem § 3,28 i 52a.

2. Za zbadanie zęba prądem indukcyjnym	mk.	1.000 — 4.000
3. Oczyszczenie zębów, usunięcie kamienia, za każde posiedzenie włącznie opłaty poradnej i wizytowej	„	1.000 — 4.000
4. a) Za wyjęcie zęba lub korzenia	„	600 — 4.000
b) „ „ kilku korzeni jednego zęba	„	800 — 6.000
5. Za wydłutowanie ułamanego lub przesuniętego zęba	„	2.500 — 15.000
6. Za usunięcie ściany zębodołowej po wyjęciu zeba	„	800 — 3.000
7. Za ścięcie korony zęba dla dostawki	„	600 — 2.000
8. Za trepanację zęba zgorzelinowego	„	500 — 3.000
9. Wypełnienie ubytku próchnicowego:		
a) materjałem czasowym	„	600 — 1.500
b) cementem, gutap., amalgamatem	„	1.000 — 3.000
c) cementem krzemowym	„	1.500 — 4.000
d) plombą z wypalanej porcelany	„	6.000 — 12.000
e) szlifem porcelanowym	„	4.000 — 10.000
f) złoto z cyną	„	3.000 — 15.000
g) złotem kutem zależnie od rozmiaru i trudności wykonania	„	1.000 — 30.000
h) złotem lanem	„	10.000 — 30.000
i) założenie gumy	„	500 — 2.000
10. Za ochronne nakrycie lub znieczulenie (anestezja naciskowa), za zatrucie, amputację lub ekstrakcję miazgi włącznie prowizor. zamknięcie	„	600 — 2.500
11. Za oczyszczenie oraz przeciwgnilny opatrunek kanału korzeniowego, za każde posiedzenie	„	500 — 2.000

12. Za wypełnienie kanału korzenia, za każdy kanał, lub za wypełnienie po amputacji komory miazgowej koronowej i sondowanie korzenia	mk.	500 —	2.000
13. Otwarcie ropnia i t. p. mniejszy krwawy zabieg w jamie ustnej	„	600 —	2.500
14. Za większą krwawą operację w jamie ustnej (operację torbieli, rezekcję czubka korzenia, ekstyrpację mięsaków re- i implantację)	„	4.000 —	40.000
15. Za opatrunki po krwawych operacjach (tamponada, przepłukiwanie), za każde posiedzenie następujące po operacji.	„	300 —	3.000
16. Za zatamowanie krwotoku	„	1.500 —	10.000
17. Za pędzlowanie, przyżeganie, wcieranie, masaż śluzówki — za każde posiedzenie . . .	„	300 —	3.000
18. Za zastosowanie prądu elektrycznego (galwanokaustykę)	„	300 —	3.000
19. Za opatrywanie ropocieku zębodołowego (pyorh. alveol), za każde posiedzenie . . .	„	500 —	3.000

Do opłat pod punktem 14 — 19 dochodzą nadto opłaty za konsultację (1a) lub za wizytę (1b).

20. Za zastosowanie narkozy przy zabiegu wyłącznie pomocy lekarskiej względnie drugiej lek. dentystycznej i wyłącznie narkotyku .	mk.	400 —	2.000
21. Za miejscowe znieczulenie przy zabiegu lub od każdego zęba	„	500 —	1.500
22. Znieczulenie przewodowe (t. zw. mandibularne)	„	1.000 —	5.000
23. Za spiłowanie ostrych brzegów zęba — od każdego zęba względnie korzenia	„	500 —	1.000
24. Za opatrywanie bolesnej zębiny — za każde posiedzenie.	„	500 —	2.000
25. Za umocowanie (owiązanie) zębów luźnych — od każdego zęba	„	600 —	2.500
26. Za wybielenie zęba — za każde posiedzenie	„	600 —	3.000
27. Za zdjęcie rentgenograficzne:			
a) filmowe	„	1.500 —	4.000
b) płytkowe	„	2.000 —	10.000
c) prześwietlenie szczęk	„	1.500 —	4.000
29. Za opatrywanie chorób jamy ustnej włącznie porady — za każde posiedzenie. . .	„	600 —	6.000

29.	Za powołanie lekarza lub drugiego lekarza-dentysty do porady	mk.	1.000 —	10.000
30.	Za zrobienie płyty kauczukowej . . . . ,	„	2.000 —	8.000
31.	Za naprawienie takiejże płyty	„	1.000 —	4.000
32.	Za każdy do płyty kauczukowej dostawiony ząb.	„	1.009 —	4.000
	a) za każdy ząb blokowy więcej o	„	2.500 —	4.000
	b) zęby z płytkami ochronnemi za każdy więcej o	„	1.000 —	1.500
	c) zęby z płytkami ochronnemi z metalu nieszlachetnego — więcej o	„	500 —	1.500
33.	Za dostosowanie przyssawki gumowej . .	„	1.500 —	3.000
34.	Za odnowienie i przyczepienie przyssawki gumowej	„	400 —	1.000
35.	Za haczyki i wkładki	„	1.000 —	3.000
36.	Za wykonanie płyty z metalu nieszlachetnego	„	6.000 —	15.000
37.	Za każdy ząb przy płytce z metalu nieszlach.	„	1.500 —	4.000
38.	Za przystosowanie sprężyn i nośników sprężynowych	„	4.000 —	10.000
39.	Za wykonanie płyty z metalu szlachetnego	„	15.000 —	60.000
40.	Za reparację takiejże płyty	„	5.000 —	15.000
41.	Za każdy do takiejże płyty umocowany ząb:			
	a) lutowany lub lany	„	3.000 —	7.500
	b) z kauczuku	„	1.500 —	4.000
42.	Za każdy dolutowany haczyk	„	5.000 —	10.000
43.	Za oszlifowanie zęba lub korzenia pod koronę	„	500 —	2.500
44.	Za wykonanie zęba ćwieczkowego:			
	a) ze złota	„	5.000 —	25.000
	b) ze złota i porcelany (t. zw. okrągły ząb ćwieczkowy)	„	6.000 —	30.000
	c) z porcelany (Logan, Davis) i t. p. . . .	„	5.000 —	15.000
45.	Za zreparowanie zęba ćwieczkowego (odnowienie licówki).	„	2.000 —	5.000
46.	Za korony złote	„	10.000 —	40.000
47.	Za usunięcie zęba ćwieczkowego lub ćwieczka z korzenia	„	1.000 —	4.000
48.	Za usunięcie korony złotej	„	1.000 —	3.000
49.	Za ponowne wcementowanie ćwieczka lub korony	„	1.000 —	5.000
50.	Za mostki z kruszcu szlachetnego — za każde ogniwo	„	7.500 —	35.000

51. Za umocowanie luźnych zębów szyną z kruszcu szlachetnego	„	25.000 —150.000
52. Za regulację nieprawidłowej artykulacji (z powodu przestawienia czy to szczęk, czy to zębów):		
a) za przygotowanie modeli i fotografji, pomiarów i obliczeń, za ustawienie planu postępowania	mk.	5.000 — 30.000
b) za przystosowanie i założenie przyrządów regulacyjnych — od każdej szczęki	„	5.000 — 30.000
c) za zmianę i ponowne umocowanie, zreparowanie i odnowienie zgubionej części przyrządu	„	5.000 — 10.000
d) za każde posiedzenie, niezbędne dla regulacji	„	400 — 2.000
53. Za wyprostowanie zęba nagłe (redressement forcé)	„	5.000 — 10.000
54. Za obturatory z kauczuku lub kruszcu, protezy twarzy (sztuczne uszy i nosy i t. p. małe protezy celem pokrycia ubytków, za szyny przy złamaniu szczęk pozostawia się ustanowienie opłaty wzajemnemu porozumieniu. Wartość zużytego materjału nie jest wliczona przy żadnym zabiegu z wyjątkiem nr. 9 a — c. Wartość tę oblicza się według cen dziennych osobno.		
55. Oprócz opłat oblicza się stratę czasu za każdą półgodzinę:		
a) w dzień	mk.	600 — 3.000
b) w nocy	„	1.500 — 2.000
56. Jeżeli pacjent nie zjawia się na umówioną godzinę, w takim razie jako stratę czasu za każde rozpoczęte $^1/_2$ godziny	„	600 — 3.000
57. Za wizyty, które się składa w dzień na życzenie pacjenta lub rodziny natychmiast lub o żądanej godzinie liczy się opłaty podwójnie jak pod 1b.		
58. O ile powyżej nie oznaczono osobnych opłat dla lekarzy dentystów, a opłaty te wyznaczone są za takie same czynności w taryfie dla lekarzy, wtenczas obowiązują tamte.		

Szanownych Kolegów, którzyby sprawą powyższą się zainteresowali, proszę, ażeby opinję swoją zechcieli nadesłać na moje ręce pod adresem poniżej podanym wprost lub za pośrednictwem Redakcji. Chciałbym mianowicie wiedzieć, co koła lekarskie i dentystyczne myślą o taryfie wogóle, a powtóre o taryfie dla całego obszaru Państwa Polskiego w szczególności. Ze swej strony zaznaczam tylko, że taryfa ma doniosłe znaczenie praktyczne, przedewszystkiem dlatego, że daje wogóle wskazówki pod względem opłat, a obejmując pewną granicę — dośc dużą — pomiędzy opłatami najniższemi i najwyższemi, daje możność uwzględnienia wszelkich okoliczności, mogących wpłynąć na ustalenie należności za czynność lekarską w zakresie dentystyki.

Idzi Świtała
lekarz-dentysta.

Bydgoszcz, Jagelońska 18 l róg Gdańskiej 1.

II.

W imię prawdy.

Do wiadomości P. Ministra Zdrowia Publicznego.

Aż nadto dobrze pamiętamy owe piękne czasy i miłe stosunki, jakie panowały za czasów biurokracji carskiej w dziedzinie naszych spraw zawodowych. Dentysta polski był wprost igraszką w rękach zbyt wrażliwego czynownika moskiewskiego. Ile wstrętnych przykrości każdy niemal z nas musiał przejść, nim mógł rozpocząć pracę zawodową, pomimo posiadania uprawnionego dyplomu uniwersyteckiego.

Wiele można byłoby mówić o tej martyrologji z czasów minionych. Przyszła historja dentystyki polskiej należycie uwydatni owych wszechwładców, dla których miłym upominkiem była piątka lub dziesiątka, zależnie od okoliczności.

Na szczęście, owe czasy minęły, a wraz z niemi i czuła opieka owych „wraczebnych upraw". Nastały czasy własnych rządów.

Z radością przyjęliśmy utworzenie specjalnego referatu dentystycznego przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego. Władza nasza zrozumiała doskonale, iż referat ten, pochłaniający dosyć pokaźne wydatki, zdoła skierować nasze sprawy na właściwe tory. Ogół dentystów polskich, który pokładał błogie nadzieje w nastanie normalnych warunków i skutecznej pracy z pożytkiem dla Odradzającego się Państwa i społeczeństwa, dążył do współpracy z odnośnymi przedstawicielami naszej władzy w myśl haseł demokratycznych Rzeczypospolitej Polskiej.

Niestety, mianowani referenci, aczkolwiek w ciężkich czasach niewoli stali zdala od naszych spraw dentystycznych, poczuli się odrazu tak silnymi, prawdopodobnie dzięki wpływom, że samodzielnie podług swego upodobania i widzimisię kierowali wszelkiemi sprawami, dotyczącemi zawodu dentystycznego; posunęli się nawet tak daleko, iż pierwszy z nich

zagarnął specjalne szkolnictwo dentystyczne, które przez czas dłuższy starał się trzymać w swej wszechwładzy, narażając bezwzględnie organizację studjów dentystycznych a tem samem i racjonalną pomoc dentystyczną w Polsce na szwank.

My, zawodowcy, wiemy doskonale z ust niemal całego ogółu kolegów w kraju, jak znacznie ucierpiała owa pomoc dentystyczna, czy to dla szerokich sfer społeczeństwa, czy to w wojsku, lub też w szkolnictwie i wszelkich instytucjach, w których w myśl pewnych wymagań konieczna pomoc zębolecznicza została zorganizowana (w więziennictwie, w szpitalnictwie, w Kasach Chorych i t. d.). Nikt nam tego nie wyperswaduje i nie sprostuje, iż ten stan rzeczy nie ma ścisłego związku z nieudolnością referentów dentystycznych, ignorujących inicjatywę ogółu dentystów, orjentujących się doskonale w sytuacji i dbających o dobro sprawy,

Pamiętamy dobrze, jak nieudolnie starano się rozwiązać sprawę techników dentystycznych, ową bolączkę naszego zawodu. Nie udano się na drogę ustawodawczą, by raz na zawsze uporządkować tę sprawę, lecz chwytano się dorywczo ćwierć- i półśrodków, które doprowadziły do tego, że obecnie technicy dentystyczni rozszerzyli swoją samodzielną działalność ze szkodą dla społeczeństwa, uprawiając proceder już nie w ukryciu, lecz jawnie; a zatem dzięki panom referentom dentystycznym przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego bez sankcji Sejmu Ustawodawczego zostali technicy dentystyczni bezprawnie uprawnieni.

Dawne carskie czasowe przepisy t. zw. „wremiennyja prawiła" o otwieraniu t. zw. gabinetów dentystycznych, które przetrwały jednak lat 20 z wielką korzyścią materjalną dla czynowników „wraczebnych upraw", i które w Rosji ostatecznie skasowano, spotęgowane zostały u nas przez samowolną władzę referenta poprzedniego aż do 24 przepisów i obejmują szczegóły, świadczące o bujnej fantazji „twórczej" autora, której owocem jest nawet wynalazek jakiejś „soli lawendowej"; fabrykacji tej soli dotychczas nie podjął się żaden fabrykant.

Sławetne oględziny t. zw. gabinetów dentystycznych mają pozory pewnej gry teatralnej, w której aktorami są niekompetentni w sprawach dentystycznych lekarze sanitarni.

Rejestracja praktyków dentystycznych trwa od powstania referatu dotychczas, podejmowana była i jest przez każdego nowego referenta za pośrednictwem różnych władz wykonawczych, nie dała dotychczas pożądanych wyników — tak „doskonale" była przeprowadzona.

Nieuczciwe i oszukańcze reklamy niektórych dentystów i techników dentystycznych z utworzeniem referatu dentystycznego wybujały do tego stopnia, iż dawne z czasów carskich okazują się jako niewinne lilje; cierpi na tem bezwzględnie społeczeństwo, oskarżające władzę lekarską, tolerującą owe wybryki, których ofiarami są nieuświadomieni obywatele.

W uregulowaniu tej sprawy nie zauważyliśmy dotąd absolutnie żadnego odruchu ze strony panów referentów, którzy widocznie tolerują wszelkie zakusy przeróżnych aferzystów, szkodzące właśnie zdrowiu publicznemu.

Dzięki tolerowaniu zła powstają obecnie nawet spółki z dużemi szyldami zewnętrznemi, celem konkretniejszego wyzyskiwania łatwowiernych. Widocznie, spółki te mają w osobach referentów dentystycznych gorących opiekunów, bowiem rozwijają się doskonale.

Jeżeli tak dalej pójdzie, miejmy nadzieję, Polska wkrótce będzie posiadała tak znaczną liczbę partaczy, że w zupełności wystarczy jej na wywóz. Pytanie: dokąd?

Zrównanie naukowych stopni dentystycznych przeprowadzili referenci na własną rękę i odpowiedzialność bez oglądania się na władze prawno-państwowe; wywołało to chaos wśród dentystów, którzy, nie spotykając nigdzie odnośnego rozwiązania sprawy, nie wiedzą, dlaczego zrównanie stopni dotyczy tylko pewnej nieznacznej, uprzywilejowanej grupy, stojącej blizko referentów dentystycznych Ministerstwa Zdrowia Publicznego, na czele której uwydatnia się obecny referent, dentysta J. Biernacki (dowody są). Przywłaszczenie sobie nienależnego tytułu, jak wiadomo, ścigane jest w drodze karnej; zupełnie słusznie prowadzą walkę lekarze z tem zjawiskiem, a wiadomo, iż korzystanie z tytułu niewłaściwego przez osobę urzędową podlega daleko surowszym karom.

Czy poprzedni referent dentystyczny L. Brenneisen udaje, że nie zna właściwego stopnia naukowego swego następcy, którego usadowił na opuszczonym przez siebie tronie?

Ministerstwo Zdrowia Publicznego tego rodzaju samowoli nie winno, zdaje się, tolerować. W żadnym urzędzie państwowym przy istnieniu należytej kontroli osoba taka ani chwili nadal nie mogłaby zajmować stanowiska opiekuna prawnego w stosunku do zawodowców, podlegających referatowi.

Głośne są sprawy stronniczego i nieudolnego postępowania pp. referentów dentystycznych w stosunku do osób, zgłaszających się do referatu w różnych sprawach zawodowych.

Głośne są również obecnie sprawy bezwzględnego zamykania w drodze administracyjnej t. zw. gabinetów dentystucznych, zwłaszcza na prowincji, na mocy rozporządzenia referenta wskutek mimowolnej utraty dyplomu, pomimo posiadania szeregu innych dokumentów, dostatecznie stwierdzających przysługujące prawo zajmowania się praktyką dentystyczną w Polsce. W tych wypadkach referent albo świadomie szykanuje petentów, którym winien dopomóc i ułatwić rozwiązanie sprawy, albo nie posiada absolutnie żadnych kwalifikacji do zajmowania swego stanowiska.

Pan referent Biernacki z nadzwyczajną zarozumiałością i butą, trak-

tując zgłaszających się interesantów z wysokości Olimpu, wkracza niedołężnie i bezceremonjalnie w sprawy, które bezwzględnie winien rozpatrywać z punktu widzenia prawno-państwowego radca prawny Ministerstwa Zdrowia Publicznego; tego rodzaju biegły w sprawach prawnych nie uprawiałby na odpowiedzialnem stanowisku urzędowem polityki protekcjonizmu, jak to czyni obecny referent dentystyczny, który jest aż nadto wrażliwy na wszelkie bileciki wizytowe, bowiem w tych razaach chętnie bez trudności załatwia sprawę, uprzednio jakoby sporną (Zaborowski — Feldhusen). Tego rodzaju fakty, które uważać należy za karygodne, nie mogą być tolerowane, bowiem nie protekcja, która, jak wiemy, tyle szkody wyrządziła i wyrządza naszemu Odradzającemu się Państwu, lecz bezwzględna sprawiedliwość i słuszność winny rozstrzygać wszelkie sprawy.

Aż nadto głośną niemal od utworzęnia referatu dentystycznego przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego jest sprawa niezwykłego rozpowszechniania u nas nieszlachetnych metali (kosmos, randolf, victoria, aluminiumbronz, rajngold, amerykańskie złoto, afrykański stop, magnalium, ersatzzahngold, germania, stahlgold i inne). Nie mówiąc już o tem, iż szkodliwość dla zdrowia ustalona została przez powagi lekarskie, wielu z nas w codziehnej swej praktyce również ma możność stwierdzenia ujemnych dla zdrowia objawów, które pod względem rozpoznawczym prowadzą wytrawnych nawet klinicystów na fałszywe tory. Wiemy dalej, iż tolerowane przez specjalnego referenta Ministerstwa Zdrowia Publicznego powyżej wzmiankowanych będacych w użyciu szkodliwych metali nieszlachetnych jest worost karygodne; o tem już wiedzą szersze sfery społeczeństwa, nader często zgłaszają się do nas pacjenci z cierpieniami wewnętrznemi. u których przyczyna tkwi w jamie ustnej, a które to objawy chorób po usunięciu szkodliwych dostawek z metali nieszlachetnych bez dalszej interwencji znikają.

Artykuł 231, uwaga 1, Ustawy lekarskiej (tom XIII, wyd. 1905 r.), która u nas dotychczas obowiązuje w ogólnych zarysach i na którą Ministerstwo Zdrowia w różnych sprawach prawno-państwowych często się powołuje, wyraźnie zabrania używania nieszlachetnych metali do celów dentystycznych pod odpowiedzialnością karną.

Zasługuje na zaznaczenie, iż we wszelkich innych sprawach, dotyczących lekarzy-dentystów i dentystów, opartych nie wyłącznie na artykułach ustawowych, lecz na różnych byłych i nieistniejących już okólnikach, cyrkularzach i rozporządzeniach carskich, a które jedynie przez b. sfery biurokratyczne skwapliwie były przestrzegane, są obecnie u nas z większym jeszcze pietyzmem realizowane, sprawy zaś zasadniczo ważne, mające na celu ukrócenie bezwzględnie słusznych a szkodliwych dla zdrowia społeczeństwa czynów wszelkich aferzystów, obniżających godność naszego zawodu dentystycznego, są ignorowane.

Być może, iż zupełne ignorowanie prawnie dotychczas obowiązującego wyżej wzmiankowanego artykułu ma poniekąd pewien związek z zupełną ignorancją wszelkich naszych spraw zawodowych przez referentów dentystycznych, które to miało miejsce dawniej, kiedy to ci stali zupełnie zdala od naszych spraw zawodowych, jak również od wszystkiego, co nas bolało i w stopniu spotęgowanym obecnie jeszcze boli.

Ogólnie wiadomem jest, iż Rząd nasz, pomimo ciężkiej sytuacji, w miarę sił i możności usilnie stara się dopomóc różnego rodzaju ofiarom wojny, bowiem dużo jeszcze czasu upłynie, zanim stosunki nasze, głęboko wstrząśnięte przez wojnę, powrócą do warunków normalnych. I nasz zawód liczy sporo ofiar kataklizmu wojny wszechświatowej.

Referent dentystyczny Mininisterstwa Zdrowia Publicznego, p. Biernacki, który winien kroczyć po tejże drodze ogólno-państwowej i w dodatku mieć na względzie dobro zdrowia całego narodu, postępuje w swój arcyoryginalny sposób.

Z szeregu faktów, które następnie podamy i które skierowane zostaną do Rady Ministrów i Sejmu, celem zainterpelowania przez odnośnych posłów, przytaczamy następujące trzy, najbardziej charakterystyczne.

W Łucku, na Kresach naszych, przeszło lat dwadzieścia praktykuje kol. Korczemny, znany i ogólnie szanowany obywatel miasta. Podczas odwrotu hord bolszewickich został on niemal doszczętnie ograbiony, tak dalece, iż nie tylko piernaty i zniszczone ubranka czworga dzieci, lecz i biurko z dokumentami i zawartością zostały wywiezione wraz z właścicielem, który jednak szczęśliwym zbiegiem okoliczności zdołał uciec do rodzinnego miasta. Za pośrednictwem więc grabieżców bolszewickich dyplom dentystyczny kol. Korczemnego powędrował tam, skąd pochodził. Wobec poniesionej straty znalazł się kol. K. w nader ciężkiem położeniu, nie mając środków na utrzymanie licznej rodziny; pomimo to bezinteresownie udzielał pomocy lekarsko-dentystycznej naszemu żołnierzowi, na co posiada odnośny dokument od władzy wojskowej.

Los prześladuje kol. K. niemiłosiernie. Oto na mocy „najwyższego“ rozkazu, pochodzącego z Warszawy od p. referenta, dentysty p. Biernackiego, praktyka kol. K. urzędowo została przerwana, t. j. t. zw. gabinet dentystyczny kol. K. został oficjalnie opieczętowany. Przyczyna: nieposiadanie oryginału dyplomu, który bolszewicy wywieźli, jak o tem wspomniano wyżej.

Żadna interwencja u władz miejscowych nie pomogła, bowiem rozkaz „najwyższy“ musi być zawsze bezwzględnie wykonany, taki bowiem już jest los wszelkich rozkazów najwyższych. Nieszczęśliwa ofiara wojny rzuca ukochaną rodzinę i puszcza się za ostatni grosz w podróż do stolicy, by stanąć w pokorze przed majestatem referenta p. Biernackiego który jedynie jest uprawniony do zawyrokowania, wysłuchania gorzkich żali nieszczęśliwców i mocen jest uchylać słuszne czy niesłuszne wyroki.

Odważył się kol. K. stanąć przed referentem p. Biernackim jedynie dlatego, iż prócz podartego palta przywiózł z sobą następujące dokumenty, świadczące, iż jest dentystą i praktykuje w Łucku od szeregu lat:

1. Zaświadczenie Magistratu miasta Łucka, w którym oznaczono, iż w r. 1919 dyplom został wpisany do paszportu.

2. Dowód osobisty, wydany przez Magistrat m. Łucka, w którym na mocy paszportu rosyjskiego wypisano nr. i datę otrzymanego dyplomu uniwersyteckiego.

3. Zaświadczenie b. władz więziennych, że kol. K. był przez szereg lat dentystą więziennym.

4. Dokument polskiej władzy wojskowej, iż kol. K. bezinteresownie udzielał pomocy lekarsko-dentystycznej naszemu żołnierzowi, za co wyrażono mu podziękowanie.

5. Zaświadczenie, wydane przez żandarmerję, iż kol. K. jest lojalnym obywatelem i zajmuje się wyłącznie praktyką dentystyczną.

6. Dokument, wydany przez policję państwową, iż kol. K. został doszczętnia ograbiony przez cofających się bolszewików, oraz zaświadczenie Ministerstwa Spraw Zagranicznych o poczynienie starań celem uzyskania kopji dyplomu.

7. Zaświadczenie Związku lekarzy polskich na Kresach, stwierdzające, iż kol. K. praktykuje w Łucku jako dentysta przeszło lat 20 i znany jest jako taki członkom Związku.

8. Prace drukowane V Zjazdu Odontologicznego (odbytego w r. 1907 pod przewodnictwem prof. Wilgi), w których kol. K. figuruje jako uczestnik tego Zjazdu.

9. Spis międzynarodowy lekarzy-dentystów i dentystów całego świata (wyd. 1911 r.), w którym kol. K. figuruje.

10. Roczniki „Kalendarza dentystycznego", w którego spisie, sporządzonym podług wykazów oficjalnych lekarzy - dentystów i dentystów kol. K. figuruje.

Z takim zasobem materjałów dowodowych, bynajmniej nie błahych, udał się kol. K. do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, jako najwyższej władzy, kompetentnej w omawianej sprawie. Okazało się, że wszystkie te dowody były dla p. referenta Biernackiego niewystarczające, bowiem jakoby nie odpowiadały wymaganym przepisom prawnym.

Referent Biernacki zażądał od kol. K. zeznania dwóch świadków, którzy widzieli i czytali oryginał dyplomu uniwersyteckiego, na co poszkodowany zaznaczył, iż tego rodzaju świadków przedstawić nie może, a gdyby takich przedstawił, byliby to świadkowie fałszywi.

Referent Biernacki obstawał jednakże przy swoich żądaniach co do piśmiennego stwierdzenia odnośnych świadków. Wobec bezradnej sytuacji kol. K. zwrócił się do Związku zaw. lek.-dent. w Państwie Polskiem, któ-

rego Oddziału łuckiego jest organizatorem, z prośbą o poparcie i interwencję u władzy.

W towarzystwie kol. K. udaliśmy się dnia 23.X r. b. do referenta dentystycznego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, by stwierdzić protokularnie, iż kol. K. znany nam jest jako praktykujący dentysta w Łucku. Po zakomunikowaniu referentowi Biernackiemu przez kol. K., iż w sprawie swojej przyprowadził dwóch świadków miarodajnych, otrzymał od referenta kategoryczną odpowiedź, by zaświadczenia świadków stosownie do poprzednich jego wymagań były złożone na piśmie. Na to jeden z nas (Zawidzki) zwrócił uwagę, iż żądania referenta są niemożliwe do urzeczywistnienia. Na te uwagi podniesionym głosem zwrocił się referent Biernacki ponownie do kol. K., obstając nadal przy powyższych swoich żądaniach.

Wobec niewłaściwego zachowania się urzędnika państwowego w stosunku do kol. K. jeden z nas (Zaw.) podkreślił, iż urzędy są dla publiczności, a nie przeciwnie. Podniecony jak zwykle referent począł gwałtownie wyrzucać nas i dzwonić na woźnego. Oburzony do głębi na niesłuszne i nielicujące z powagą urzędnika państwowego zachowanie się referenta, drugi z nas (Barylski) zwrócił referentowi uwagę, iż mimo przedstawienia poważnych dokumentów krzywdzi on moralnie i materjalnie kol. K., zamykając administracyjnie jego gabinet dentystyczny, gdy sam, będąc urzędnikiem państwowym, nieprawnie przywłaszcza sobie tytuł lekarza-dentysty, będąc tylko dentystą.

Pan referent widocznie zorjentował się, bowiem po naszem wyjściu, prowadził już konferencje oficjalne i prywatne z kol. K.

Nie wkraczając w szczegóły, zaznaczyć należy, iż referent zmodyfikował swoje żądania, które polegały na tem: kol. K. przedstawił poświadczenie prof. Wilgi, iż kol. K., figurując w spisie uczestników powyżej wymienionego Zjazdu Odontologicznego, nie mógł nie być dentystą; drugie zaświadczenie wydała kol. Holiczerowa z Warszawy. Zaświadczenie osób prywatnych zaważyły tak dalece na szali, iż mimo przedstawienia kilkunastu daleko poważniejszych dowodów, mających bezwzględnie prawną podstawę, referent uznał takowe za wystarczające, zaś kol. K. po kilku dniach otrzymał odnośny dokument do wykonania dalszej praktyki.

Nie mniej zasługuje na wyróżnienie fakt *drugi*, dotyczący postępowania referenta Biernackiego w sprawie kol. Wassera z Grajewa, którego gabinet został również opieczętowany.

Na zaznaczenie zasługuje tu fakt, charakteryzujący porządki w referacie dentystycznym Minist. Zdr. Publ. Stosownie do żądania referenta dentystycznego przedostawił kol. W. zaświadczenie zarejestrowanych w Urzędzie Zdrowia dwóch kolegów, które referent na razie uznał za wystarczające, lecz po wyjeździe kol. W. je unieważnił, a to dla tego, iż podług „urzędo-

wych" wiadomości świadkowie kol. W. rzekomo *nie byli zarejestrowani*. Kol. W. udowodnił odnośnemi dokumentami, iż p. referent był w błędzie...

Trzeci przypadek dotyczy kol. N. w Miechowie, który pomimo posiadania dyplomu z czasów okupacji, a który to dokument jest, jak wiadomo, uprawniony przez nasze władze, pozbawiony został praktyki wobec odebrania mu przez miejscowe władze dyplomu; na szczęście według orzeczenia referenta, do którego zwrócił się kol. N. specjalnie przyjechawszy do Warszawy, nastąpiła tu pomyłka...

Na razie poprzestajemy na powyższych faktach z działalności referatu.

Wyższym przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia Publicznego fakty tego rodzaju są bezwzględnie nieznane, jak również „owocna" praca referenta dentystycznego. Wierzymy w dobre intencje Ministerstwa, lecz zaznaczyć należy, iż lekceważące i nieudolne traktowanie spraw temuż Ministerstwu podległych, szkodzi nie tylko Ministerstwu, lecz podkopuje wogóle autorytet władz. Przyznać należy, iż referent nie winien uprawiać polityki na swem stanowisku (dowody są).

Wobec tendencyjnie rozpowszechnionych wieści przez referenta Biernackiego czuliśmy się w obowiązku skreślić powyższe w nadziei, iż Pan Minister Zdrowia Publicznego raczy wejrzeć w działalność referatu dentystycznego dla dobra ogólnego.

W. Zawidzki
Stefan Barylski.

III.

Kasa Chorych w Łodzi a lekarze-dentyści.

We wszystkich państwach Europy Środkowej i Zachodniej już od lat wielu istnieją Kasy Chorych, mające na celu zabezpieczenie warstw pracujących na wypadek choroby i powstałej stąd niezdolności do pracy. Kasy Chorych, jak każda wielka zdobycz na polu postępu, powstały dzięki zaciętej walki zorganizowanego proletarjatu. Kiedy socjalizm w Prusach zaczynał podnosić głowę coraz wyżej, kiedy działacze socjalistyczni z Beblem na czele zjednali sobie coraz więcej zwolenników wśród pracujących, kiedy skutkiem tego w parlamencie niemieckim partja socjalistyczna stała się stronnictwem najpotężniejszem i zaczęła walkę ze stronnictwem burżuazyjnem, wówczas kanclerz a zarazem minister spraw wewnętrznych, ks. Otto Bismarck, rozpoczął walkę z wojującym socjalizmem drogą wydania całego szeregu doniosłych reform.

Między innemi 11 listopada 1881 r. t. j. przed przeszło 40 laty Kasy Chorych uzyskały moc obowiązującą w całych Niemczech i obejmują obecnie 40 miljonów pracowników, t. j. $^1/_3$ ludności niemieckiej. Pod względem opieki lekarskiej, społecznej i dentystycznej dzięki zdolnościom

organizacyjnym Niemiec powstałe tam Kasy Chorych są przykładem dla całego świata cywilizowanego.

Na mocy ustawy sejmowej o Kasach Chorych w Rzeczypospolitej Polskiej dnia 3 kwietnia r. b. w Łodzi Kasa Chorych została również uruchomiona. Łódzcy lekarze in corpore przystąpili do pracy i swoją wiedzą i doświadczeniem nie mało przyczynili się do ulepszenia stanu zdrowotności warstw pracujących. Niestety, w zakresie zwalczania chorób zębów wobec ogromu zadań, które ma przed sobą Kasa Chorych, rezultaty półrocznej działalności tej ostatniej są bardzo skromne.

Podług gazet Kasa Chorych liczy obecnie 190.000 członków. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę ilość osób, uprawnionych na mocy ustawy sejmowej do korzystania z opieki lekarskiej przy Kasach Chorych w Łodzi, to liczba ta wkrótce utworzy imponującą liczbę 300.000. Dotychczas większa część klasy robotniczej nie była w stanie pokryć nieprzewidzianych w budżecie wydatków na leczenie zębów. Obecnie rzucono hasło, że Kasa Chorych udziela wszystkim swym członkom pomocy lekarsko-dentystycznej bez żadnego wynagrodzenia. Hasło poskutkowało; niezliczone tłumy dążą gremialnie do ambulatorjów dentystycznych. Dotychczas uruchomiono w różnych dzielnicach miasta 5 ambulatorjów dentystycznych, w których mieści się 14 krzeseł operacyjnych. We wszystkich ambulatorjach zatrudnionych jest 38 lekarzy-dentystów, lecz każdy z nich przeciętnie pracuje 2 godziny dziennie. Jeśli przyjmiemy pod uwagę fakt, że przy największych wysiłkach można w 8 godzin pracy dziennie przyjąć 50 chorych, to mając 14 krzeseł we wszystkich ambulatorjach, dziennie przyjąć można 700 chorych. Jednak liczba zgłaszających się pacjentów przekracza każde przypuszczalne obliczenie.

Pomimo takich niekorzystnych warunków pracy, trzeba oddać sprawiedliwość kolegom, pracującym w ambulatorjach dentystycznych przy Kasie Chorych, że wszyscy oni gorliwie spełniają swój obowiązek wobec cierpiącego ludu pracującego i w pocie czoła cierpliwie i sumiennie niosą pomoc każdemu. Niestety, zarząd Kasy Chorych z samego początku założenia nieocenia dostatecznie ich zasług, lecz traktuje ich wprost lekceważąco. Pensja lekarzom zaraz na początku wyznaczona została według ich zasług 35.000 mk. miesięcznie za godzinę, lekarzom-dentystom — 20.000 mk. Obecnie, lekarze pobierają 50.000 mk., lekarzom - dentystom wyznacza się tylko 30.000 mk.

Czemu przypisać należy takie ujęcie sprawy ze strony zarządu Kasy Chorych?

Na odbytem w dniu 10 października zebraniu Łódzkiego Oddziału Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem została jednogłośnie przyjęta przez pracujących w ambulatorjach dentystycznych przy Kasie Chorych następująca rezolucja:

1. Niniejszem obowiązujemy się bezwzględnie podporządkowywać się postanowieniom zarządu Łódzkiego Oddziału Związku zawod. lekarzy-dentystów łącznie z obranymi przez Sekcję pracujących w Kasach Chorych delegatami (po jednym z każdej dzielnicy) lek.-dentystów, dotyczącym akcji, podjętej z zarządem Kasy Chorych.

2. W przewidywaniu mogących nastąpić konsekwencji zaznaczamy, że kolegów, którzy w przyszłości wyłamią się z powziętego postanowienia, ogłosimy pod bojkotem koleżeńskim i towarzyskim.

Zarząd Łódzkiego Oddziału Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Palskiem zobowiązał się moralnie jak również i materjalnie poprzeć akcję kolegów, zatrudnionych w Kasie Chorych aż do zadośćuczynienia słusznych ich żądań przez zarząd Kasy Chorych.

R. Litwin
lekarz-dentysta.

Łódź 12/X 1922 r.

Kronika i sprawy zawodowe.

═ **Osobiste**. Powrócił do kraju prof. dentystyki Hilary Wilga.

Prof. Wilga wykładał zębolecznictwo przez czas dłuższy na wszechnicy w Moskwie, gdzie też był właścicielem i kierownikiem wzorowej szkoły lekarsko-dentystycznej, która ściągała żądnych wiedzy dentystycznej ze wszystkich krańców Rosji, jak również z Polski. Szkoła ta oraz kursy uzupełniające słynęły jako najpoważniejsze uczelnie od szeregu lat; dzięki doborowi profesorów i asystentów śmiało konkurować mogły z tego rodzaju uczelniami na Zachodzie. Prof. Wilga zrozumiał doskonale, iż sprawa wyszkolenia przyszłych lekarzy-dentystów ściśle związana jest ze sprawą doboru wykwalifikowanych pomocników-asystentów. To też na stanowiskach tych spotykano u niego poważne jednostki, znane w naszej specjalności ze swych prac naukowych, jednostki, które za przykładem swego kierownika dbały o poziom naukowo-praktyczny powierzonej im uczącej się młodzieży. Ta nader ważna dziedzina, jaką dla nas jest technika dentystyczna, w uczelni prof. Wilgi traktowana była również poważnie, a nie w sposób, w jaki ją traktowano w innych szkołach dentystycznych, zwłaszcza w „sławetnej“ pamięci szkołach dentystycznych warszawskich. To też spotykamy wychowańców szkoły prof. Wilgi, którzy całkowicie umieli zająć się samodzielnie techniką protetyczną i nie byli już zależni, jak to się dzieje, od techników dentystycznych, zagarniających nieraz lwią część zarobku lekarza-dentysty.

Prof. Wilga na swem stanowisku wiele przyczynił się za czasów carskich do uregulowania spraw dentystycznych; przyjmował zawsze

udział w naradach nad reformą studjów dentystycznych, nad podniesieniem stanowiska społecznego lekarza-dentysty, uregulowaniem sprawy szkolnej hygjeny zębów i t. d.

Prace naukowe prof. Wilgi w różnych okresach czasu były drukowane w naszem piśmie.

Zgodnie z jednogłośnem postanowieniem Rady profesorów Państwowego instytutu dentystycznego prof. Wilga objął katedrę zębolecznictwa zachowawczego i jednocześnie kierownictwo tejże kliniki.

Szczere chęci służenia dobrej sprawie, umiłowanie obranej przez siebie specjalności, którą i naukowo i praktycznie starał się rozwijać, bezwzględne zrozumienie wymagań reformy studjów dentystycznych, zwłaszcza u nas, gorące pragnienie podniesienia poziomu dentystyki w Polsce i dążenie do uregulowania wszelkich spraw, związanych z wykonywaniem naszego zawodu, pozwalają nam mniemać, iż cel wytknięty będzie osiągnięty. Sprawy powyższe zostaną nareszcie u nas pomyślnie rozwiązane.

Opuścił stanowisko kierownika działu techniki protetycznej w Państwowym Instytucie dentystycznym dr. Brenneizen.

Wbrew poprzednio przytoczonej wzmianki dr. F. Zwierzchowski Państwowego instytutu dentystycznego nie opuszcza i nadal wykładać będzie anatomję i histologję zębów (2 godz. tygodniowo).

Czyżby się nie dało połączyć tego skromniutkiego wykładu z ogólną anatomją? Czyż nie jest to obecnie zbyteczny wydatek?

= **Zmarli.** W Warszawie, dnia 15 sierpnia r. b. zmarł w wieku l. 74 dr. Franciszek Kobyliński. Zmarły lat 50 zajmował się dentystyką praktyczną i był jednym z pierwszych medyków, którzy porzuciwszy ogólną medycynę całkowicie poświęcili się zebolecznictwu.

W New-Yorku niedawno zmarł, przeżywszy lat 69, dr. Jokishi Takamine, znany japoński chemik fizjologiczny, odkrywca adrenaliny, która znalazła szersze zastosowanie do celów miejscowego znieczulania.

Od wydawnictwa.

Odezwa do kolegów, wydrukowana w poprzednim zeszycie „Kroniki" w sprawie możliwie rychłego uregulowania prenumeraty w celu prawidłowego wydawania pisma, nie odniosła skutku. Od sierpnia do początku grudnia nieznaczna zaledwie liczba kolegów uregulowała należność. Nie należy tu chyba się rozwodzić nad stratami, jakie ponosi wydawnictwo wskutek niesłychanej opieszałości wielu kolegów. Nie ulega wątpliwości, iż podobnego rodzaju traktowanie sprawy ujemnie się odbija na prawidłowem wydawaniu pisma, co przyczynia się do unieruchomienia dosyć pokaźnego materjału redakcyjnego, tak czysto naukowego,

jak i zawodowego, poruszającego wiele nader ważnych aktualnych spraw. Pomimo więc naszej usilnej pracy stoimy bezradni wskutek braku niezbędnych środków materjalnych i obojętnego traktowania sprawy przez dosyć pokaźną liczbę kolegów.

Wydawnictwo kontynujemy na życzenie grona poważniejszych kolegów, orjentujących się doskonale w sytuacji i wszelkiemi siłami starających się pismo popierać.

Niesłychane wprost podrożenie kosztów druku i papieru od czasu wydania poprzedniego zeszytu „Kroniki“ (od sierpnia) podskoczyło o 300%. Wobec tego zmuszeni jesteśmy ustalić obecną cenę zeszytu na

mk. 2.000,

jest to cena niższa od cen wszelkich innych wydawnictw.

Aby móc natychmiast przystąpić do wyd. następnego zeszytu, prosimy o możliwe rychłe uregulowanie należności, bowiem wskutek przetrzymania tejże narażeni będziemy na nowe straty wobec ciągłego spadku naszej waluty.

Wszelkie składki na „Fundusz Wydawniczy Kroniki“ należy przesyłać wprost do redakcji lub p. adr. kol. Neufelda, Sienna Nr. 11, skarbnika Zw. lek.-dent. w Państwie Polskiem.

Treść zeszytu.